Rok XLI. Kraków, 18 Stycznia 1902. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza.

Trzy przypadki tężca leczone surowicą przeciwtężcową Bujwida.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński.

W ciągu ubiegłych kilku miesięcy leczono na oddziele chorób wewnętrznych prof. Pareńskiego surowicą przeciwtężcową (antytetaniną) prof. Bujwida trzy przypadki tężca, z których dwa zakończyły się wynikiem pomyślnym. Jakkolwiek na podstawie tych przypadków nie mam bynajmniej zamiaru czynienia jakichś stanowczych wniosków o wartości tego sposobu leczenia, sądzę jednak, iż zasługują one na ogłoszenie, jako prosty materyał kazuistyczny, gdyż jedynie gruntowna i możliwie wyczerpująca statystyka może przyczynić się w przyszłości do rozstrzygnięcia tej sprawy.

Jak wiadomo, próby leczenia tężca surowicą datują się od r. 1890, w którym Behring i Kitasato wykonali na królikach swoje klasyczne doświadczenia. Dziesięć lat upłynęło; — przez ten czas, nieco później wynaleziona surowica przeciwbłonicza zyskała sobie niezaprzeczone miejsce w nowożytnej terapii i przeobraziła zupełnie rokowanie w błonicy; tymczasem leczenie tężca antytetaniną znajduje się ciągle w okresie prób i rozpraw i stosunkowo bardzo mały uczyniło postęp.

Jedna rzecz zdaje się nie ulegać wątpliwości: mianowicie sprawa skuteczności surowicy przeciwtężcowej, jako środka zapobiegawczego, t. j. używania jej bezpośrednio po przypuszczalnem zakażeniu, a przed wybuchem choroby. Metoda ta, o ile w rzadkich zresztą endemiach tężcowych może oddawać usługi[1]), o tyle z łatwo zrozumiałych przyczyn — na razie przynajmniej — nie posiada praktycznego zastosowania w przypadkach odosobnionych.

W przypadkach tężca opisanych dotychczas, a leczonych surowicą, nasuwa się spostrzeżenie, iż ten sposób leczenia daje przeważnie dobre wyniki w przypadkach z przebiegiem powolnym, natomiast przy wystąpieniu tężca ostrem nie odnosi żadnego prawie skutku. Otóż tutaj tkwi największa trudność w ocenianiu skuteczności tego sposobu leczenia, gdyż, jak wiadomo, przypadki tężca przebiegające powolniej, dają same przez się rokowanie względnie dobre, w każdym razie o wiele lepsze, niż przypadki z przebiegiem ostrym. Nasze dwa przypadki, zakończone pomyślnie, bardziej może od innych przemawiają na korzyść surowicy, gdyż, chociaż okazywały przewlekłe objawy, należały pod względem nasilenia do niezwykle ciężkich, jak to z ich opisu będzie można stwierdzić.

Przebieg tych trzech przypadków był następujący:

I) S. L., wyrobnik z Żarek, liczący lat 38, przybył do szpitala dnia 1 kwietnia 1901 r. Od pięciu dni doznaje napadowych bólów kolących w okolicy krzyżów, wskutek czego musi pozostawać w pozycyi leżącej wyprostowanej. Podaje, iż w nocy mu się język przycina i kaleczy. Budowa i odżywienie mierne. C: 38·7°. Nie skaleczył się nigdzie na skórze; oprócz jednego strupka w okolicy sutka lewego, żadnych zmian; silnie spocony. W narządach oddechania i krążenia żadnych zboczeń; tętno 108 regularne, bardzo dobrze napięte. Łaknienie zachowane, jednak jedzenie z powodu szczękościsku niemożliwe. Mięśnie brzuszne silnie napięte. Mocz wysycony, białka ślad wyraźny, chlorki znacznie zmniejszone. Napady kurczów tężcowych mięśni grzbietu częste, krótkotrwałe. Przytomność zachowana. Naczynia szyi i głowy okresowo silnie nabiegają krwią. Źrenice bez zmian. Kończyny dolne wyprostowane, okolica krzyżów bolesna.

Podano chloral rano i wieczór po 2 gramy, dyeta płynna; 2-go kwietnia rano C. 38·5°. Napady kurczów bardzo częste i silne, zwłaszcza w nogach i mięśniach pleców. Tężec tylny *(Opisthotonus)* nieustający. Szczękościsk, usta dadzą się otworzyć zaledwie na 1½ ctm.

O godzinie 10 rano wstrzyknięto 18 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy przeciwtężcowej wyrobu prof. Bujwida. Godzina 6 wieczorem. C. 38·5°. Stan bez zmian. Tętno 120, miękie. Wstrzyknięto 25 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy.

3-go kwietnia, rano C. 38·4. Tętno 120, nieco lepiej napięte. W nocy chory spał z przerwami. Napady kurczów tężcowych w jednakowem nasileniu. Stolec zaparty. Zalecono lewatywę. O godzinie 12½ w południe wstrzyknięto po raz trzeci czterokrotną surowicę w ilości 28 ctm. sześc. Tętno 98. Wysypka na skórze górnej części brzucha i pod obu pachami w postaci guzków prosówkowatych czerwonych (prawdopodobnie objaw odczynowy po surowicy). Godzina 6 wieczór. C. 37·4°. Tętno 84, dość słabo napięte. Napady nieco rzadsze.

4-go kwietnia. C. 37·4°. Tętno 140 dość miękie, regularne. Napady kurczów nie tak gwałtowne. W nocy chory spał cośkolwiek. Źrenice wązkie. Podmiotowo stan bez zmian. Około godziny drugiej popołudniu wystąpiły objawy zapadu. Tętno nitkowate, przepuszczające, skóra bardzo spocona, kończyny zimne. Napady utrzymują się niezbyt silne. Akcya serca coraz słabsza; około godziny czwartej popołudniu chory życie zakończył.

Wynik sekcyi, oprócz przekrwienia narządów i przewlekłego nieżytu błony śluzowej żołądka, zupełnie ujemny.

II) W. N. rolnik, liczący lat 35, zamieszkały w Węgrzcach, przybył dnia 1 sierpnia 1901 r. Przed trzema tygodniami spadł z dachu i zranił się w nogę. Od tygodnia doświadcza silnych kurczów najpierw w kończynach dolnych, później i w tułowiu. Ciepłota 38°, tętno 80, skóra silnie spocona. Na stopie lewej rana nieczysta, częściowo zasklepiona; cała stopa obrzękła, bolesna przy dotyku. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Mocz kwaśny bez białka, chlorki lżejsze. Sensorium nie zajęte. Przy najsłabszem dotknięciu, a nawet zbliżeniu się, chory doznaje silnych kurczów w kończynach dolnych i tułowiu. Kurcze te występują również samoistnie w nieregularnych odstępach. Chory bardzo osłabiony, żali się na bezsenność. Podano 3 grm. chloralu wieczorem, a prócz tego robiono 3 razy dziennie wstrzykiwania podskórne po jednym gramie 2% roczynu kwasu karbolowego (metodą Baccelliego) i w razie potrzeby wstrzykiwania morfinowe.

[1]) Dr. Kretz z Wiednia podaje przypadek endemii tężca w stajni dla koni, zupełnie wytępionej zapomocą wstrzykiwań zapobiegawczych, również w klinice położniczej w Wiedniu wyniszczono w ten sposób endemię tężca (Ostner).

2-go sierpnia. Ciepł. 37·3°, tętno 96, ciągłe drgawki co kilka minut, bądź samoistnie, bądź za dotknięciem. Chory niezmiernie osłabiony: mocz i kał oddaje pod siebie. O godzinie 5 popoł. wstrzyknięto 30 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy Bujwida. Ciepł. 37·8°. Od dnia 3-go do 8-go sierpnia stan bardzo powoli się polepsza. Ciepłota waha się między 36·4 a 37·7°; drgawki nie tak częste, w nocy po chloralu śpi nieźle.

Dnia 8 sierpnia z powodu postępującej ropówki *(phlegmone)* stopy rozszerzono ranę i założono sączki (w uśpieniu chloroformowem).

10 sierpnia: napady kurczów tężcowych coraz rzadsze, tylko przy silniejszej podniecie (podnoszenie się itp.). Stolec zaparty; podano środek przeczyszczający.

11 sierpnia. Ciepł. rano 36·2°, wieczorem 37°; tętno 100, drobne, słabo napięte; łaknienia brak. Kurczów prawie zupełnie nie ma.

13 sierpnia popołudniu. Ciepł. 38°, tętno 104, nieszczególnie napięte. Gruczoły pachwinowe obrzmiałe, bolesne. Kurcze tężcowe nie pojawiają się. Osłabienie.

Od tej chwili na pierwszy plan występuje ropówka kończyny dolnej lewej; obrzęk posuwa się ku górze, zajmuje prącie i moszna. Po ponownem rozszerzeniu nacięć i założeniu liczniejszych sączków (18 sierpnia), ciepłota chwilowo się podnosi, przez dwa dni wieczorem przekracza 39°, poczem opada do prawidłowej i obrzęk szybko schodzi. Od tego czasu siły wzmagają się z każdym dniem. Chory opuścił szpital dnia 24 sierpnia z sączkami w stopie lewej, zresztą zupełnie uleczony.

III) S. J., wyrobnik z Dubia, liczący lat 20, przybył do szpitala dnia 13 sierpnia 1901 r. Od 2 tygodni doświadczał bólów w plecach, pracował jednak nadal. Przed sześcioma tygodniami dołączyły się bóle w szczękach. Przed czterema tygodniami nagle przy wieczerzy wyprężył się i bezwładny upadł. W tem położeniu niezmiennie pozostaje dotąd. Drgawek nie miewa. Budowa średnia, odżywienie liche. Ciepłota 37°. Na brzuścu lewego kciuka gojąca się rana płatowa, na barku lewym zdrapanie naskórka. Jama ust z powodu szczękościsku niewybadalna. Tętno 80, pełne, silnie napięte, niezupełnie regularne. Łaknienie zachowane, brzuch deskowato twardy. Odruchy ścięgniste wygórowane. Chory leży nieruchomo, wygięty w kabłąk *(opisthotonus)*. Wyprostowanie bardzo silne, kark sztywny, mięśnie twarzy skurczone, twarz ma charakterystyczny dla tężca wyraz cierpienia i złości zarazem. Przytomność zachowana.

14 sierpnia. Ciepł. 36·7°, tętno 78, regularne. Wstrzyknięto 30 ctm. sześć. czterokrotnej surowicy Bujwida, oprócz tego zastosowano lewatywy chloralowe i wstrzykiwania kwasu karbolowego, jak w poprzednim przypadku.

Aż do 18 sierpnia stan bez zmian; tężec tylny *(opisthotonus)* trwa ciągle. Ciepłota waha się między 37·3° a 37·8°, szczękościsk ciągły, pożywienie tylko z trudnością można choremu wlewać do ust. Wstrzyknięto 26 ctm. sześć. czterokrotnej surowicy. Od tego czasu tężec tylny *(opisthotonus)* trwa prawie zupełnie bez zmiany około dwóch tygodni. Szczękościsk stopniowo ustępuje, mowa swobodniejsza. Ciepł. nie dochodzi 37°.

1 września: chory może nieco się poruszyć.

4 września: chory usiadł pierwszy raz przy pomocy.

7 września: chory coraz swobodniejszy, siada o własnej sile, natomiast występują napady kurczów, zwłaszcza w nocy, jednak nie zbyt silne.

9 września: chory zaczyna nieco chodzić.

12 września: chory swobodnie chodzi po pokoju.

17 września: oprócz miernego stopnia bólu w krzyżach, czuje się zupełnie zdrów; wszystkie ruchy wykonuje swobodnie; żąda wypuszczenia ze szpitala.

Oto w krótkości przebieg tych trzech przypadków; jak powiedzieliśmy, wszystkie trzy należały do bardzo poważnych.

Na zakończenie niech mi wolno będzie na tem miejscu podziękować JWPanu Drowi Profesorowi Pareńskiemu za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału i za najżyczliwsze udzielenie swoich cennych wskazówek.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy Dworu Prof. Dr. H. Jordana w Krakowie.

O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 czerwca 1901 r.).

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

„W krakowskiej klinice ginekologicznej postępowanie wobec otoków trąbkowych było jak najbardziej wyczekujące; przed każdym zabiegiem wyczerpało się do możliwych granic wszelkie metody leczenia nie operacyjnego, a wyniki leczenia zachowawczego, o czem świadczy sprawozdanie Dr. W. Stankiewicza, złożone na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 20/11 1900 r.*), były wcale zachęcające. Nic też dziwnego, że na bardzo dużą liczbę przypadków zmian w przydatkach, jakie zgłaszają się do leczenia, operowano w ciągu ośmiu lat zaledwie 15 razy. Najlepszy to chyba dowód, że wybierano bardzo w przypadkach operacyjnych, a jeżeli uwzględni się, że na tych 15 przypadków nie rozpoznano jeszcze nieraz przed zabiegiem otoku trąbkowego i operowano właściwie z innego wskazania, jak wykazują przytoczone historye chorób, to rzeczywiście ogólnie z powodu otoku operowano nadzwyczaj rzadko.

Obecnie dla wykazania wskazań operacyjnych, przebiegu operacyi i pooperacyjnego, przytoczę historye wszystkich operacyj otoku w porządku chronologicznym:

1) Chora M. W. l. 26, l. p. k. 29 z roku 1894, rodziła raz przed rokiem prawidłowo; połóg przebyła prawidłowo. Cierpienie swe odnosi do urazu, który miał miejsce na 6 miesięcy przed przybyciem do kliniki. Po urazie wystąpiły znaczne bóle dołem, wkrótce wystąpiła gorączka i dreszcze, jako też wystąpił guz nad spojeniem; na miesiąc przed przybyciem do kliniki zauważyła wydzielanie się ropy ze stolcem. Przedmiotowo stwierdzono obecność guza, sięgającego na 4 palce powyżej spojenia łonowego, zajmującego lewy odcinek podbrzusza, wykazującego wybitnie chełbotanie, zachodzącego do miednicy małej tak, że wypukla przednie sklepienie. Badanie przez odbytnicę wykazało powyżej zwieracza rzyci przetokę, przez którą wydzielała się ropa. Stan ogólny chorej i zachowanie się ciepłoty przemawiało za obecnością ropy w guzie chełbocącym.

Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz o ścianach cienkich, pozrastany z otoczeniem; w celu zapobieżenia pęknięciu guza i przedostania się ropy do otrzewnej, postanowiono operować ropień dwuczasowo. W tym celu wszyto torbę ropnia w ranę brzuszną, a dopiero po dwóch dniach, skoro wytworzyły się odpowiednie zlepy, otwarto ropień. Chora po zabiegu uzyskała natychmiast znaczną poprawę a w 5 miesięcy opuściła klinikę, jako zupełnie uleczona.

2) Chora M. S. lat 26, l. p. k. 131 z roku 1894, wieloródka, zgłasza się do kliniki z powodu bólów dołem, trwających od 8 miesięcy, a znacznie wzmagających się podczas miesiączki. Przedmiotowo stwierdzono guz chełboczący, sięgający na palec poniżej pępka, wychodzący z miednicy małej. Guz w całości daje się unieść ku górze i wtedy wyczuwa się grubą szypułę, gubiącą sie w miednicy małej. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę w przodopochyleniu; po stronie prawej znaleziono opór bolesny, nie dający się bliżej określić; sklepienie lewe było zajęte przez ciało, stawiające opór, prawdopodobnie stojące w związku z guzem od zewnątrz wybadalnym, nie dające się wyraźnie od macicy oddzielić, ciało elastyczne, chełboczące.

* Patrz »Przegląd lekarski« z r. 1901 Nr. 10, 11, 12.

Na podstawie tego badania rozpoznano *crystis parovarialis (?) intraligamentosa sinistra* i przystąpiono do operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono torbiel trąbko-jajnikowy lewy, ułożony międzyblaszkowo, pozrastany z otoczeniem i przewlekłe zmiany zapalne w trąbce prawej. Zabieg rozpoczęto od wyłuszczenia trąbki prawej, poczem pooddzielano częściowo zrosty między torbielem a otoczeniem, następnie w celu wyłuszczenia guza lewego z pośród blaszek nacięto na szczycie guza otrzewnę. Przy wyłuszczaniu guza pękła torba i wylała się obficie ropa do otrzewnej; worek wyłuszczono w całości wśród znacznych trudności i znacznego krwawienia, oczyszczono jamę otrzewnową i zaszyto powłoki. Chora zmarła po zabiegu w 24 godzin.

3) M. K., lat 30, l. p. k. 113 z roku 1895, zgłosiła się do kliniki z powodu atypowych krwawień i znacznych bólów dołem brzucha; rodziła raz przed 10-ciu laty siłami natury. połóg przebiegał z gorączką. Przedmiotowo stwierdzono guz gładki, twardy, w głębi jakby elastyczny, ograniczony, wychodzący z miednicy małej, sięgający dnem swem do pępka. Przy badaniu wewnętrznem stwierdzono tylko, że guz opisany stoi prawdopodobnie w bezpośrednim związku z częścią pochwową. Na podstawie badania przypuszczano, że w danym przypadku są włókniaki, z powodu których przystąpiono do wyłuszczenia macicy wedle sposobu Rydygier-Freunda. Pierwszy akt operacyi od pochwy przebiegał zupełnie typowo; przy laparotomii musiano otworzyć otrzewnę dopiero powyżej guza, gdyż na całej rozpiętości guza była z nim ściśle zrośnięta. Po otwarciu otrzewnej dopiero stwierdzono, że guz ten nie był włókniakiem, tylko trąbką prawą, rozszerzoną do objętości dwóch pięści, wypełnioną płynem, bardzo silnie pozrastaną z otoczeniem i jelitami; przydatki lewe również zmienione, a dopiero wśród tych zmienionych przydatków znaleziono ku tyłowi leżącą macicę. Przystąpiono do wyłuszczenia guza prawego; oddzielenie od otoczenia było nadzwyczaj trudne tak, że mimo największych ostrożności pękła trąbka i wylała się z niej ropa, jako też pękła ściana jelita do guza przyrośnięta. Wreszcie guz wyłuszczono, jelita zaszyto, otrzewnę oczyszczono. Chora zmarła w 3 dni, obdukcyi zwłok nie było.

4) P. W. lat 30, l. p. k. 164 z roku 1895, wieloródka, zgłasza się do kliniki z powodu krwawień miesiączkowych i bólów dołem brzucha. Przy badaniu przedmiotowem można było tylko z obu stron macicy stwierdzić obecność guzów elastycznych, których punktu wyjścia, jako też natury bliżej określić nie było można. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono otoki trąbkowe ropne obustronne i po stronie prawej torbiele rzekome. Przy oddzielaniu zrostów pękła trąbka lewa, przyczem wylała się ropa na otrzewnę; zresztą operacya przebiegała typowo. Przebieg pooperacyjny z gorączką z powodu wypociny szypułowej po stronie prawej.

5) M. D., lat 30, l. p. k. 170 z roku 1895, od trzech lat miewa znaczne bóle podczas miesiączki. Na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki leżała w szpitalu przez 6 tygodni, gdzie gorączkowała i miewała dreszczyki; stwierdzono tam obustronne guzy w przydatkach. Przy badaniu przedmiotowem w klinice stwierdzono guzy po obu stronach macicy, z których prawy uważano za torbiel jajnikowy, lewy za guz trąbkowy. Podczas laparotomii stwierdzono obustronne otoki trąbkowe, zrośnięte z otoczeniem. Przy oddzielaniu zrostów pękły obie trąbki, przyczem ropa wydostała się na otrzewnę; zresztą przebieg operacyi jak i pooperacyjny był prawidłowy.

6) K. T., lat 21, l. p. k. 48 z roku 1896, zgłosiła się do kliniki z powodu bólów dołem brzucha i atypowych krwawień, jako też obfitych krwawień miesiączkowych. Przedmiotowo stwierdzono obustronne guzy trąbkowe. Skoro czteromiesięczne leczenie zachowawcze nie odniosło pożądanego skutku, przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wycięto obie trąbki; przy oddzielaniu trąbki lewej pękła jej ściana i wydostała się ropa. Przebieg operacyjny z gorączką. Opuściła klinikę we dwa miesiące bez wypociny.

7) T. J., l. 28, l. p. k. 271 z roku 1897, wieloródka, przywieziona do kliniki z powodu krwotoku. Przedmiotowo stwierdzono tyłozgięcie macicy nieruchome, zmiany w przydatkach po stronie prawej; po stronie zaś lewej guz elastyczny, stojący z macicą w związku, wielkości pięści, otoczony wypociną zapalną. Dalsze spostrzeganie wykazało podniesienia się od czasu do czasu ciepłoty po dreszczykach. Nakłócie rozpoznawcze wykazało, że w guzie jest ropa, wobec czego guz nakłóto trójgrańcem, odpuszczono ropę. U chorej po trzechmiesięcznem spostrzeganiu ropa ponownie nie nagromadzała się i chora opuściła klinikę uleczona.

8) M. W., lat 30, l. p. k. 104 z roku 1897, zgłosiła się z powodu znacznych bólów dołem brzucha, wśród objawów podrażnienia otrzewnej. Przedmiotowo stwierdzono gorączkę, obecność dwóch guzów chełboczących, zlewających się ze sobą; guz prawy w całości badalny nad spojeniem i jest wielkości główki noworodka; guz lewy wchodzi w miednicę, gdzie przez silnie wypuklone sklepienie tylne jest łatwo dostępny. Nakłócie wykazało ropę. Wobec tego wykonano najpierw kolpotomię tylną przy pomocy przyżegadła Paquelina otwarto najpierw ropień niżej ułożony, a następnie przez ścianę tego ropnia, ropień prawy wyżej położony, zepchnięty ku dołowi. Ropy odpłynęła wielka ilosc, a w niej wykazano dwoinki rzeżączkowe. Wyleczenie.

9) J. J., l. 25, l. p. k. 109 z r. 1897, wieloródka, od ośmiu miesięcy nie miewa miesiączki, ma natomiast jej objawy zwiastunowe; od tego też czasu miewa bóle stale dołem brzucha i w krzyżach. Na trzy miesiące przed przybyciem do kliniki była leczona zachowawczo przez dłuższy czas w szpitalu. Przedmiotowo stwierdzono guz sięgający na cztery palce poniżej pępka, nieruchomy, zbity, bolesny; wypukla on przednie i prawe sklepienie. Po rozpoznaniu guza trąbki prawej przystąpiono do operacyi. Po otworzeniu jamy brzusznej przekonano się, że guz ten jest rzeczywiście guzem trąbkowym, silnie pozrastanym z otoczeniem, a nakłócie wykazało, że treścią guza jest ropa. Wobec tego i technicznej prawie niemożliwości wyłuszczenia guza bez przerwania ciągłości jego ścian, postanowiono wszyć guz w dolną powierzchnię rany brzusznej. Wszycie udało się tylko na małej przestrzeni, gdyż ściany były za kruche. Podczas wszywania poczęła wydostawać się ropa na otrzewnę wskutek przedarcia ścian otoku, co zmusiło do odstąpienia od operacyi radykalnej i do ograniczenia się na tamponadzie. Mimo to wystąpiło ogólne zakaźne zapalenie otrzewnej, z powodu którego chora w trzecim dniu po operacyi zmarła.

10) M. K., lat 33 l. p. k. 184 z roku 1897, wieloródka, miewa bóle od dwóch lat nad pachwiną prawą, od 4 miesięcy miewa bóle w tem samem miejscu o większem nasileniu; od trzech tygodni miewa codziennie dreszcze.

Przedmiotowo stwierdzono u osoby wyniszczonej rozlany opór nad spojeniem i nad obiema pachwinami. Brzy badaniu wewnętrznem stwierdzono obok macicy w sklepieniu prawem i tylnem guz chełboczący, w lewem zaś rozlany twardy naciek. Do operacyi obrano drogę pochwy, nacięto sklepienie przednie i po oddzieleniu pęcherza od szyjki macicy przekonano się, że to, co przy badaniu po stronie lewej uderzało, jako rozlany opór, było guzem ograniczonym o własnych ścianach, a obok niego od strony prawej rozciągał się jakiś rozlany naciek twardy. O wyłuszczeniu guza drogą pochwy nie było mowy z powodu znacznych zrostów, dlatego odstąpiono od drogi pierwotnej i zrobiono cięcie brzuszne. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że istnieją dwa guzy wśród ścisłych, a licznych zrostów z jelitami; guz po stronie lewej był rozszerzoną trąbką o treści ropnej, jak to nakłócie wykazało; guz prawy zaś był nowotworem jajnikowym złośliwym, przechodzącym na otoczenie. Wobec tego pozostawiono wszystko i zaszyto przecięte powłoki.

11) S. Szp., l. 38, l. p. k. 185 z roku 1897, wieloródka, cierpi od kilku lat z powodu atypowych obfitych krwawień. Przed siedmiu miesiącami przebywała w klinice, a wtedy, rozpoznając włókniaki, przeprowadzono leczenie objawowe, które jednakowoż nie odniosło trwałego skutku. Skoro ponownie zgłosiła się z krwawieniami, stwierdzono badaniem znacznie powiększoną, ale gładką macicę w przodozgięciu, koło macicy jakieś opory niewyraźne, jakby stare blizny. Wobec zwiększających się objawów niedokrewności i niemożności wstrzymania krwawień w jakikolwiek sposób, zdecydowano się na wyłuszczenie macicy drogą pochwową. Przy operacyi stwierdzono macicę powiększoną, ale nie włókniakową i zmiany obustronne w przydatkach, w obu trąbkach ropne. Wyjęto macicę wraz z przydatkami. Wyleczenie.

12) B. H., lat 29, l. p. k. 98 z roku 1900, wieloródka, od 6-ciu tygodni uczuwa bóle dołem brzucha i bóle w krzyżach; przed 3 tygodniami przebyła objawy podrażnienia otrzewnej. Nad spojeniem łonowem po stronie lewej stwierdzono torbiel o ścianach bardzo cienkich, zupełnie ruchomy, wielkości dwóch pięści. Sklepienie prawe znaleziono bardzo szerokie, bardzo znacznie wypuklone, podobnie i tylne przez dolny odcinek guza, leżącego po stronie prawej macicy, wypełniającego prawą połowę miednicy małej. Podczas pobytu w klinice bez wyraźnej przyczyny torbiel jajnikowy lewy w nocy pękł, co nie wywołało u chorej żadnych objawów. W kilka dni po pęknięciu torbiela zrobiono na-

kłócie od pochwy guza prawego i wydostano ropę. Wobec tego drogą tylnej kolpotomii otwarto guz zawierający ropę i jamę trąbki wysetonowano. W 2 tygodnie chora opuściła klinikę zupełnie wyleczona.

13) A. R., l. 35, l. p. k. 130 z roku 1900, wieloródka, od ostatniego porodu, t. j. od 3 lat, miewa bóle w podbrzuszu, zwłaszcza podczas miesiączki i bardzo obfite krwawienia miesiączkowe. Przedmiotowo stwierdzono macicę znacznie powiększoną, a po obu stronach guzy wielkości pięści, powierzchni nierównej, zbitości twardej, ruchome, niebolesne. W przypuszczeniu, że najprawdododobniej w przypadku tym są nowotwory jajnikowe, przystąpiono do operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono jednakowoż, że są to obustronne otoki trąbkowe, które z łatwością dały się od otoczenia oddzielić i wyłuszczyć w zupełnie typowy sposób. Wyleczenie.

14) M. A., l. 38, l. p. k. 31 r. 1901, nie była w ciąży, poprzednio zawsze zdrowa; cierpienie swe datuje od miesiączki, przebytej przed dwoma miesiącami: wtedy bez jakichkolwiek przyczyn dostała gwałtownych bólów dołem brzucha, dreszczy, gorączki i objawów podrażnienia otrzewnej; od tego czasu utrzymują się atypowe krwawienib i bóle dołem, od czasu do czasu występują dreszcze i podniesienie ciepłoty. Przedmiotowo można było stwierdzić wypocinę, zajmującą prawie całe podbrzusze aż na 3 palce niżej pępka, wyżej dochodzącą po stronie prawej, a wśród wypociny czuć jakiś niewyraźny guz, który schodząc do miednicy małej, zajmuje zatokę Douglasa, wypukla sklepienie prawe i daje wyraźne uczucie chełbotania. Chorą leczono zachowawczo przez cztery miesiące, przyczem wypocina ustąpiła, pozostał guz ściśle ograniczony, zrośnięty z otoczeniem, o ścianach grubych, chełboczący, ułożony po stronie prawej macicy. Przebieg choroby wykazał z zachowania się ciepłoty na pewno, że w guzie jest ropa. Wobec tego przystąpiono do operacyi drogą pochwową, wykonano kolpotomię przednią i stwierdzono, że guz ten ma własne grube ściany, które najpierw nakłóto, a następnie nacięto; wylała się duża ilość ropy, poczem jamę ropnia wytamponowano. Chora w 3 tygodnie opuściła klinikę zupełnie uleczona.

15) A. D., l. 36, l. p. k. 125 z 1901 roku, wieloródka, zgłasza się z powodu bólów, jakie od szeregu miesięcy odczuwa nad pachwinami i w krzyżach, a od 5 tygodni ma bóle przy oddawaniu moczu i stolca. Przedmiotowo znaleziono macicę w tyłozgięciu, od strony prawej szyi znaleziono guz, będący z szyją w ścisłym związku, wielkości pomarańczy, zbity, niebolesny; po stronie lewej macicy znaleziono zmienione przydatki. Wobec takiego wyniku badania rozpoznano włókniaki macicy i chciano macicę usunąć drogą pochwy przy pomocy rozkawałkowania. Przy operacyi dopiero przekonano się, że powiększenie macicy nie pochodziło od włókniaków, a guz do szyi macicy przylegający, to również nie włókniak, tylko otok ropny trąbki, otoczony wypociną. Macicę z przydatkami prawymi usunięto; lewych przydatków nie usunięto z powodu silnych zrostów, jakie je z otoczeniem łączyły. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się wypocina około pozostawionych przydatków lewych, która jednakże w krótkim czasie ustąpiła.

Zestawienie powyższe przypadków otoków trąbkowych najlepiej świadczy, jak trudnem jest rozpoznanie, gdyż na 15 przypadków operowanych aż 7 razy mimo spostrzegania i badania klinicznego nie uczyniono rozpoznania właściwego i do operacyi przystąpiono wprost z innych wskazań. W sposobie operowania nie przebija żaden wyłączny system, nic dziwnego, gdyż przypadki powyższe były operowane w przeciągu lat ośmiu, dlatego operowano dla takich wskazań i w taki sposób, jaki w danej chwili prąd nauki wskazywał. Niezaprzeczenie rozmaite drogi próbowane w różnych przypadkach, pouczają najlepiej o wadach i zaletach pojedynczych sposobów operowania.

Sposobem najłagodniejszym leczenia otoków trąbkowych będzie z pewnością zwykłe nakłócie i wypuszczenie ropy drogą pochwy, bez jakiegokolwiek setonowania jamy ropnia. W pewnych przypadkach ropni przewlekłych jest to sposób zupełnie wystarczający, a dla chorej nadzwyczaj korzystny, jak najlepiej demonstruje to przypadek siódmy. Sposobu tego, mimo dobrych wyników, jakie on w leczeniu otoków trąbkowych daje, mało w ogóle się używa, a to dlatego, że rzadko kiedy można go zastosować. Nakłócie bowiem możemy robić bez obawy tylko wtedy, gdy trąbka zmieniona będzie wtłoczona, lub da się łatwo wtłoczyć do miednicy małej, a przez to łatwo od strony sklepień staje się dostępną, jeżeli przewlekły przebieg cierpienia będzie przemawiał, że ropa jest jałową, wreszcie jeżeli guz trąbkowy będzie tak usadowiony, że nie będziemy się musieli obawiać zranienia sąsiednich narządów, lub grubszych naczyń, biegnących do macicy.

Podobnie drogę bardzo dobrą, a zabieg dla chorej zupełnie łagodny, stanowi kolpotomia, otwarcie ropnia tą drogą i wytamponowanie jamy ropnia bez jakichkolwiek prób wyłuszczenia ścian ropnia. W ten sposób postąpiono w przypadku 8-ym, gdzie droga pochwy zupełnie wystarczyła do otwarcia dwóch ropni, z których jeden był wielkości główki noworodka, drugi wielkości pięści; takiż sam świetny wynik leczenia otrzymano w przypadku 12 i 14-ym. Wszędzie opróżnienie ropnia wystarczało do wyleczenia; jamy ropnia zawsze szybko się zaciągały tak, że najpóźniej w 2—3 tygodnie w miejscu ropni pozostawało tylko nieznaczne zgrubienie. Nigdy przy tym sposobie postępowania nie zauważono żadnych niespodziewanych powikłań; odpływ ropy był bardzo dobry, słowem, operowanie tą drogą dało zawsze wyniki świetne. Sposobu tego użyć będzie można zawsze tam, gdzie dostęp do guza od sklepień będzie łatwy i gdzie zrosty otaczające guz nie dozwolą wydzielającej się ropie przedostać na otrzewnę. Nie wystarczy wyłącznie ta droga w przypadku, gdzie prócz otoku trąbkowego będą inne zmiany, wychodzące z przydatków; postępowanie bowiem nasze nie może być jasne tam, gdzie rozpoznanie przy badaniu jest niemożliwem, gdzie koniecznie musimy zmiany chorobowe zbadać okiem, by ułożyć sobie plan postępowania. Tak było w naszym przypadku 10: kolpotomia przekonała, że prócz guza trąbkowego istnieje jeszcze jakiś rozlany naciek. Dopiero laparotomia przekonała, że naciek ten, to złośliwy nowotwór jajnika, który tak był daleko posunięty, że w ogóle do operacyi się nie nadawał. Taki sposób operowania uchronił operatora od połowiczego zabiegu i pozwolił mu nabyć jasnego, a tak ważnego dla odpowiedniego rokowania pojęcia o schorzeniu.

W przypadku 11 i 15 operowano drogą pochwy doszczętnie, to znaczy usunięto macicę wraz z przydatkami schorzałymi i to w przypadku 11. po obu stronach, w 15 zaś tylko po jednej stronie, gdyż wyjęcie przydatków strony drugiej było technicznie bardzo trudne. W obu przypadkach do tej doszczętnej operacyi nie były motywem zmiany w przydatkach, tylko pomyłki rozpoznawcze, gdyż w obu przypuszczano włókniaki. W każdym jednak razie, tak jeden jak i drugi przypadek wymagał koniecznie zabiegu, gdyż w pierwszym niczem nie dające się wstrzymać krwawienia, w drugim rozpoczynające się objawy ucisku na pęcherz i kiszkę stolcową były czynnikami do operacyi zmuszającymi. Przypadek 15 uległ powikłaniu, gdyż w przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się wypocina około pozostawionych przydatków, najlepsza wskazówka, że w podobnych przypadkach należy usunąć przydatki drugiej strony, jeżeli tylko okazują jakieś zmiany, gdyż tło ich schorzenia będzie z pewnością to samo, co otoku trąbkowego; naturalnie, jeżeli nie napotykamy przy tem tak znacznych trudno-

ści technicznych, któreby robiły zabieg dla chorej niebezpiecznym z jakiegokolwiek względu.

W innych przypadkach otoków trąbkowych operowano drogą jamy brzusznej; przy tej drodze operowania zmarły aż trzy chore; w każdym z tych przypadków przy oddzielaniu guzów trąbkowych od otoczenia pękła torba guza i ropa dostała się na otrzewnę. Jakkolwiek i w innych przypadkach to się przydarzało, ale tam była ropa jałową i powikłanie to operacyjne było dla chorych obojętne. Schauta przy otokach trąbkowych, operowanych drogą jamy brzusznej, poleca postępować w ten sposób, żeby tymczasowo otok wszyć w ranę brzuszną, nakłóciem wydobytą ropę zbadać mikroskopowo, czy zawiera drobnoustroje, w razie gdy się znajdą ropne, poleca on otok, wszyty w powłoki dwuczasowo naciąć tylko i wydrenować; w przypadkach zaś, gdzie przy tym sposobie badania okaże się ropa jałową, należy, zdaniem Schauty, przystąpić do doszczętnego usunięcia guza, gdyż w razie, gdyby przy oddzielaniu zrostów nawet otok pękł, to i tak chorej z tego powodu nie grozi żadne niebezpieczeństwo. Zasada ta byłaby naturalnie idealną, gdyby podobny sposób badania wystarczał dla udowodnienia jadowitości ropy i gdyby można rzeczywiście łatwo otok trąbkowy unieść i wszyć w powłoki. W przypadkach, gdzie wszycie takie będzie wykonalne, naturalnie, że takie postępowanie jest dobre i bezpieczne i tak też operowano w naszym przypadku pierwszym, operowano dwuczasowo, a wynik operacyi dla chorej był bardzo korzystny, z tą chyba jedną wadą, że zaciąganie się jamy ropnia trwało bardzo długo, bez porównania dłużej, aniżeli przy otwarciu ropnia drogą rany kolpotomijnej.

W każdym razie wyniki, osiągnięte u nas przy operowaniu otoków drogą jamy brzusznej, są bardzo niekorzystne i wprost tego sposobu operowania nie można równać z operowaniem drogą pochwy, bo skoro przy operacyach drogą pochwy nie umarła żadna chora, a przebieg pooperacyjny zwykle był bardzo dobry, to przy laparotomiach na ośm przypadków zmarły aż trzy chore, cztery uleczono tylko niezupełnie, gdyż wystąpiły u nich wypociny, a tylko trzy można uważać za zupełnie uleczone, nie uwzględniając przytem następstw, jakie obustronne usunięcie przydatków za sobą pociąga.

Zestawienie powyższej nieznacznej liczby przypadków operowanych samo przez się przemawia jasno o wskazaniach do operacyi i o technice, którą przy otokach najlepiej stosować. Były to w każdym razie wszystko przypadki nadzwyczaj uporczywych i ciężkich zmian w przydatkach, przypadki nie operowane z wskazań błahych, lecz przypadki, operowane najczęściej dopiero po wyczerpaniu wszelkich możliwych sposobów leczenia zachowawczego, przypadki wprost desperackie.

Takie tylko właśnie mogą nas skłaniać do zabiegów operacyjnych, a jeżeli już na operacyę będziemy zniewoleni się zgodzić, to z pewnością na pierwszem miejscu postawimy operowanie drogą pochwy, o ile możności jak najbardziej zachowawczo. Przydatki schorzałe po jednej stronie nadadzą się naturalnie do jednostronnej operacyi doszczętnej. Inaczej musimy postąpić, gdy schorzenie przydatków będzie obustronnem; tam musimy usunąć przydatki po obu stronach. Na tem jednak najlepiej nie poprzestać i równocześnie z przydatkami usunąć macicę. Pozostawiając macicę, zostawiamy, zwłaszcza w rzeżączce, ciągle tlejące źródło pierwotnego zakażenia, które bez ustanku będzie się wyżej posuwać i wywoływać ciągle świeże zapalenie w otoczeniu macicy, a chora po operacyi, polegającej tylko na obustronnem usunięciu przydatków, będzie przedstawiać obraz takiego samego kalectwa, jak przed operacyą; jej rozpaczliwy stan prędzej czy później zniewoli nas do następowego usunięcia macicy. Operacya doszczętna leczy wprawdzie chorą z cierpienia, ale równocześnie pozbawia kobietę życia płciowego; wielka przestroga, by operować tak tylko pod groźbą bardzo ważnych wskazań.

Na ostatniem miejscu dopiero postawimy drogę cięcia brzusznego, gdyż ona kryje w sobie prócz obawy o dalsze następstwa dla chorej po operacyi, jeszcze bardzo poważne bezpośrednie niebezpieczeństwo zakażenia przy operacyi i śmierci z tego powodu. (Dok. nast.).

III. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. Pasternackiego.

Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

(Badania doświadczalno-kliniczne).

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

ordynator kliniki.

(Dokończenie).

VI.

Znaczne obniżenie zasadowości krwi w charłactwie rakowem, oraz w mocznicy i cukrzycy, zależy, jak dowodzą tego wyżej przytoczone badania, od nagromadzenia się we krwi przetworów kwaśnych, które obniżają zasadowość osocza. Wielu z badaczy przypuszcza w tych stanach nawet samozatrucie ustroju kwasami, a co się tyczy śpiączki cukrzycowej, to pogląd ten jest prawie ogólnie przyjęty; na tej zasadzie opiera się leczenie jej przetworami alkalicznymi. Wobec tego jest rzeczą bardzo ważną zbadać, jak się zmienia zasadowość krwi przy wprowadzeniu do ustroju alkaliów przez usta i przez odbytnicę. Doświadczenia te przeprowadziłem na 5 osobnikach zdrowych i 2 chorych na ciężką postać cukrzycy. Każdy z badanych dostawał w ciągu 7 dni 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy dwuwęglanu sodowego w szklance wody; zrana naczczo o godz. 7, na godzinę przed obiadem (o godz. $11^1/_2$) i przed kolacyą (o godz. 5 wieczorem). Przed pierwszą dawką sody oznaczałem zasadowość krwi; w niektórych doświadczeniach oznaczałem zasadowość po upływie 30, 60, 90 minut po pierwszej dawce dwuwęglanu sodowego, aby wytworzyć sobie pojęcie o wpływie dawki pojedynczej. Po upływie 8 dni, nazajutrz o 9 godz. zrana, więc w 16 godzin po ostatniej dawce, znowu oznaczałem alkaliczność krwi; za stanem jej śledziłem i w ciągu dni następnych, oznaczając ją codzień o godz. 9 zrana, więc po upływie 40 i 64 godzin po ostatniej dawce. Gdy zasadowość krwi powracała do pierwotnej wysokości, stosowałem badanym dwuwęglan sodowy w lewatywach w tej samej dawce, rozpuszczony w szklance wody przekroplonej, o ciepłocie 37·5° C, także 3 razy dziennie; lewatywy wchłaniały się dobrze. Po upływie 7 dni oznaczałem znowu zasadowość krwi po 16, 40 i 64. godz. po ostatniej lewatywie.

Wyniki doświadczeń przytaczam w następującej *tablicy III.*

TABLICA III.

Pierwotna alkaliczność krwi	Zasadowość krwi po wewnętrznem zażywaniu dwuwęglanu sodowego						Zasadowość krwi po ciepłych lawatywach alkalicznych w ciągu dni 7		
	Po jednorazowem użyciu			Po 7-dobowem użyciu 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy					
	po upływie			po upływie			po upływie		
	½ godz.	1 godz.	1½ godz.	16 godz.	40 godz.	64 godz.	16 godz.	40 godz.	64 godz.
267	—	240	—	280	240	—	320	254	—
240	253	213	—	280	240	—	293	240	—
240	—	—	—	267	240	—	320	267	240
254	—	—	—	280	240	—	293	240	—
227	213	267	227	—	—	—	—	—	—
				Po 14-dobowem użyciu					
240	—	—	—	312	254	240	267	267	—

Z liczb tych wynika, że:

1) Jednorazowa dawka dwuwęglanu sodowego sprowadza stosunkowo nieznaczne i krótkotrwałe podniesienie alkaliczności krwi. 2) Ciepłe lawatywy zasadowe podnoszą w wię-kszym stopniu zasadowość krwi, niż podanie zasad przez usta. 3) Podniesienie zasadowości krwi pod wpływem lawatyw alkalicznych, lub po podaniu alkaliów przez usta w ciągu tygodnia, jest niewysokie i krótkotrwałe.

TABLICA IV.

Okresy	Dzień badania	Dobowa ilość moczu	Ciężar właściwy moczu	% cukru w moczu	Dobowa ilość cukru	Zasadowość krwi (%)	% hemoglobiny	Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³	Liczba krwinek białych w 1 mlm.³
Wstępny	10—11/I	7700	1·033	8	596	133	72	5.100.000	—
1-szy sodowy (przez usta; 8 dni)	20/I	8310*)	1·031*)	5·8*)	483*)	160	70	4.872.000	4525
Następczy (3 dni)	23/I	7300	1·035	6·8	496·4	93	70	4.440 000	8927
2-gi sodowy (w lawatywach; 7 dni)	30/I	6300*)	1·034*)	6·54*)	406*)	240	66	3.890.000	7780
Następczy (3 dni)	2/II	7000	1·032	8	560	120	65	3.720.000	8100

*) Przytoczona liczba jest przeciętną z 2 ostatnich dni okresu.

TABLICA V.

Okresy	Dzień badania	Dobowa ilość moczu	Ciężar właściwy moczu	% cukru w moczu	Dobowa ilość cukru	Zasadowość krwi (%)	% hemoglobiny	Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³	Liczba krwinek białych w 1 mlm.³
Wstępny	15—16/I	8000	1·036	8	640	200	65	4.240 000	6237
1-szy sodowy (przez usta; 7 dni)	24/I	7600*)	1·0345*)	6·75*)	514*)	133	62	3.960.000	6000
Następczy (2 dni)	26/I	7200	1·035	8·1	583	[illegible]	61	3.972.000	6563
2-gi sodowy (w lawatywach; 7 dni)	2/II	6450*)	1·037*)	6·56*)	423*)	200	65	4.012 500	7337
Następczy (3 dni)	5/II	6900	1·035*)	7·2	497	144	64	3.980 000	7200

*) Przytoczona liczba jest przeciętną z 2 ostatnich dni okresu.

Pierwszy wniosek zgadza się w zupełności z spostrzeżeniem Löwyego i Richtera[1]), że zasadowość krwi podnosi się tylko nieznacznie i na bardzo krótki czas nawet po wprowadzaniu bardzo dużych ilości alkaliów wprost do krwi królików; u psów podobne zachowanie się krwi występuje jeszcze dobitniej.

Dla zbadania zmienności wpływu alkaliów u osobników, u których zasadowość osocza krwi nie jest prawidłową (jak w wyżej przytoczonych doświadczeniach) lecz obniżoną, przystąpiłem w klinicznym oddziale Prof. Dra. Pasternackiego do analogicznych badań na chorych cukrzycowych.

I) L-w, lat 26, uskarża się od pół roku na silne pragnienie i ciągłe uczucie głodu. Badanie wykazało: chory średniego wzrostu, miernej budowy, odżywienie nieco podupadłe, odruchy kolanowe znacznie osłabione; nad obojczykiem lewym i łopatką nieznaczne przytłumienie odgłosu wypukowego i oddech szorstki; w innych narządach nic nieprawidłowego; w plwocinie śluzowej prątków Kocha niema; w moczu (patrz *tabl. IV*) zawiera się cukier i ślady acetonu; białka i kwasu acetooctowego niema.

Tablica ta poucza, że 7-dobowe zażywanie dwuwęglanu sodowego przez usta wywołało podniesienie alkaliczności krwi o 27 mlgr., co stanowi 20·3%; ponieważ zaś liczba krwinek

czerwonych jednocześnie się obniżyła o 228000 w 1 mlm³ (4·47%), więc podniesienie alkaliczności krwi, względnie jej osocza, pod wpływem zażywania dwuwęglanu sodowego przez usta można przyjąć = 24·77%. Pod wpływem 7-dobowych lawatyw alkalicznych zasadowość krwi podniosła się o 158% (147 mlgr.); ponieważ zaś liczba krwinek czerwonych jednocześnie obniżyła się o 12·5% (550.000 w 1 mlm.³), więc podniesienie alkaliczności osocza krwi można przyjąć = 170·5%, t. j. o 145·73% więcej, niż pod wpływem 7-dobowych zażywań dwuwęglanu sodowego przez usta. Z zaprzestaniem stosowania sody alkaliczność zaczęła się obniżać; obniżenie po upływie 88 godzin po ostatniej lawatywie dosięgło prawie 50%.

II) S-a, lat 25: cierpi na silne pragnienie i uczucie głodu; pomimo dobrego łaknienia chudnie i słabnie. Przedmiotowe badanie wykazało: chora średniego wzrostu, miernej budowy, z podupadłem odżywieniem; nieznaczne obrzęki na stopach i goleniach (wystąpiły przed 4 miesiącami); w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. W moczu (patrz *tabl. V*) zawiera się cukier; białka, acetonu i kwasu acetooctowego niema.

Z tej tablicy wynika, że po 7-dobowem zażywaniu dwuwęglanu sodowego przez usta alkaliczność krwi w porównaniu z pierwotną okazała się niższą o 33·5% (67 mlgr.); ponieważ liczba krwinek czerwonych jednocześnie obniżyła się o 6·6% (280.000 w 1 sz mlm.), przeto obniżenie alkaliczności osocza krwi należy przyjąć = 26·9%. To obniżenie zasadowości osocza krwi należy przypisać, rzecz prosta, nie działaniu dwuwęglanu sodowego, lecz sprawie chorobowej w dalszym rozwoju, która wywołała większe nagromadzenie we krwi przetworów kwaśnych, niż to mogło zobojętnić zastosowanie wyżej podanej ilości sody: istotnie w tym okresie dawała się czasem spostrzegać w moczu obecność acetonu. Pod wpływem 7-dobowych lawatyw alkalicznych zasadowość krwi podniosła się o 56·25% (72 mlgr.); ponieważ jednocześnie podniosła się i liczba krwinek czerwonych o 1·02% (46500 w 1 mlm.³), przeto podniesienie alkaliczności osocza krwi wynosi 55·23%. Lecz już po upływie 88 godzin po ostatniej lawatywie alkaliczność osocza krwi obniżyła się o 28% (56 mlgr.; liczba krwinek czerwonych została prawie bez zmiany).

Widzimy więc, że w cukrzycy:

1) Wprowadzenie zasad do ustroju podnosi w większym stopniu alkaliczność krwi, niż u osobników zdrowych 2) Ciepłe lawatywy zasadowe podnoszą w większym stopniu zasadowość krwi, niż podanie zasad przez usta. 3) Przy podaniu zasad przez odbytnicę podniesienie zasadowości krwi, jakkolwiek krótkotrwałe, trwa dłużej, niż przy zażywaniu ich przez usta.

Wyniki te mają ważne znaczenie w praktyce lekarskiej, wskazują bowiem, że przy pierwszych objawach śpiączki cukrzycowej prędzej możemy osiągnąć cel leczniczy, mianowicie zobojętnienie kwasu β — tlenomaślanego, tej mniemanej przyczyny śpiączki, przez podanie alkaliów w postaci ciepłych lawatyw, niż przez usta; leczenie alkaliami powinno trwać jakiś czas po wyjściu z pierwszego niebezpieczeństwa, inaczej bowiem alkaliczność krwi powraca szybko do poprzedniej nizkiej liczby.

Piśmiennictwo. 1) Salkowski: Ber. d. deut. chem Gesellsch. Bd. V S. 637 i Virch. Arch. Bd. 58 S. 1—34. — 2) Walter: Untersuch. über d. Wirkung der Säuren auf den Thierorganismus. Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1877 Bd. 7. — 3) Coranda: Ueber das Verhalten des Ammoniaks im menschl. Organismus Ibid 1880 Bb. 12. — 4) Hallervorden: Ueber Ausscheidung von Ammoniak im Urin bei pathol. Zuständen. Ibid. — 5) v. Limbeck: Ueber den Einfluss von Säurezufuhr auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen. Therap. Woch. 1897 M. 3 i Beiträge zur Lehre von der Säurevergiftung Zeitsch. f. kl. Med. 1898 Bd 38. — 6) Gäthgens: Ueber Ammoniakausscheidung. Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Ch. 1880 Bd. 4. — 7) Biernacki: Säureintoxication u. Blutalkalescenz als therap. Indication. Münch. med. Woch. 1896 N. 28—29. — 8) Behring: Ueber die Ursache der Immunität von Ratten gegen Milzbrand. Centralbl. f. kl. Med. 1888, N. 38 i Beiträge zur Aetiologie des Milzbrandes. Zeitsch f. Hyg. 1889 Bd. VI. — 9) Fränkel: Die Einwirkung der Kohlensäure auf die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen. Zeitsch. f. Hyg. 1888 Bd. 5. — 10) Gamaleia: Etude sur la vaccination charbonneuse. Annal. de l'Institut Pasteur 1888 N. 10. — 11) Löwy u. Richter: Ueber Aenderungen der Blutalcalescenz bei Aenderungen im Verhalten der Leucocyten. Deut med. Woch. 1895 N. 33. — 12) Buchner und Orthenberger: Untersuch. über. die bacterienfeindlichen Wirkungen des Blutes und Blutserums. Arch. für Hyg. 1890 Bd. 10. — 13) v. Jaksch: Die Vergiftungen. Nothnagel's Spec. Path. u. Ther. Bd. 1. — 14) Stadelmann: Schmiedeberg's Arch. f. exp Path. u. Pharm. 1883. Bd. 17. — 15) Kraus: Pathol. d. Autointoxic. Ergebnisse der allg. path. Morphol. u Phys. d Mensch. u. d. Thier. herausgeg. v. Lubarsch u. Ostertag Wiesbaden 1895. — 16) Orłowski: Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy. Przegląd lekarski 1901 N. 29—30. — 17) v. Jaksch: Zeitschr. f. kl. Med. 1887 Bd. 13. — 18) Canard: Ibid. — 19) Peiper: Alcalimetr Untersuch. des Blutes etc. Virch. Arch. 1889 Bd. 116. 20) Rumpf: Centralbl. f in. Med. 1891. — 21) Kraus: Ueber die Alcalescenz des Blutes bei Krankheiten. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1888 Bd. 26 i Zeitschr. f. Heilkunde 1889 Bd. 10. — 22) v. Limbeck: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1890 Bd. 30. — 23) Löwy: Untersuch. zur Alcalescenz des Blutes. Pflüger's Arch. f. d. gesammt. Phys. 1894 Bd. 58. — 24) Löwy: Ueber die Alcalescenzverhältnisse des menschl. Blutes in Krankheiten. Centralbl. f d. med. Wissensch. 1894 N. 45. — 25) v. Limbeck und Steindler: Ueber die Alcalescenzabnahmen des Blutes im Fieber. Centralbl. f. in Med. 1895 N. 27. — 26) Karfunkel: Zur Blutalcalescenzbestimmung am Krankenbett. Münch. m. Woch. 1896 N. 29. — 27) Strauss: Ueber das Verhalten der Blutalcalescenz etc. Zeitschr. f. kl. Med. 1896 Bd 30. — 28) Brandenburg: Ueber die Alcalescenz des Blutes. Zeitschr. f. kl Med. 1899 Bd. 36. — 29) Magnus-Löwy: Ueber Gicht ibid. — 30) Meyer: Studien über die Alcalescenz des Blutes. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883 Bd. 17. — 31) Minkowski: Ueber d. Kohlensäuregehalt des Blutes etc. Mitteil. aus d. med Klinik zu Königsberg Leipzig 1888 i Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1884. — 32) Świątecki: Hoppe-Seyler's Zeitschr f. physiol. Ch. 1891 Bd 14 S. 49. — 33) Cohnstein: Ueber die Aenderungen der Blutalcalescenz durch Muskelarbeit. Virch. Arch. 1892 Bd. 130. — 34) Hladik: Zeitschr. f. kl. Med. 1900 Bd 39. — 35) Lehmann: Verhandl. d phys. Geselsch. zu Berlin 1893 N. 14; patrz także artykuł Zunza: Ueber die Natur und die Bindung der Basen und Säuren im Blute. Du Bois-Reymond's Arch. f. Anat. u. Phys. Abth. 1893, S. 356. — 36) Hamburger: Ueber den Einfluss von Säuren und Alcali auf defibriniertes Blut. Ibid 1892 S 513 i Ueber den Einfluss von Säuren und Alkali auf d. Permeabilität d. lebendigen Blutkörperchen etc. Ibid. 1893 Phys. Abth. Supplement-Band. — 37) Lehmann: Untersuch. über d. Alcalescenz des Blutes und speciell die Einwirkung der Kohlensäure darauf. Pfl. Arch. 1894 Bd. 58. — 38) Löwy und Zuntz: Ueber d. Bindung der Alkalien in Serum und Blutkörperchen. Pfl. Arch. 1894 Bd. 58. — 39) Zuntz: C. f. d med. Wiss. 1867 Bd. 5 N. 51. — 40) Danilewski: Przytaczam według artykułu Drobnago: Izsledowanija krwi pry ostrych i chroniczeskich zabolewanijach Russkij Archiw patol. kl. med. i bakteryol. 1896. — 41) Landois: Real Encyclop. 1885 42) Löwy: Zur Methode der Bluttitration C. f. kl Med. 1892, N. 34. — 43) Schultz-Schultzenstein: Vorläufige Mitteil. über eine neue klin. Meth. etc. C. f. d. med. Wiss. 1894, N. 46. — 44) Berend: Ueber eine neue klin. Meth. zur Bestim. der Blutalcalesc. etc. Zeitschr. f Heilkunde 1896 Bd. 17. — 45) v. Limbeck: Grundriss einer klin. Path. des Blutes. Jena 1896. — 46) Engel: Zur klin. Bestim. der Alcalescenz des Blutes Berl. kl. Woch. 1898 N. 14. — 47) Przytaczam podług Buzmina: Szczełoczność krwi pri niekotorych bolezniach. Wracz 1895 Nr. 22 i Zeitschr. f. kl. Med. 1900. — 48) Janowski: Materyały k woprosu o patołogiczeskom znaczenii powyszenia stojkości krasnych krowionnych tielec. Izwiestija Impierat. Wojenno-Medicinskoj Akademii 1901 t. II. N. 1. — 49) Niedrygajłow: Srawnitielnoje izsledowanije stojkości krasnych krwianych szarykow pri briusznom tifie etc. Diss. Petersb. 1897. — 50) Passyn: K woprosu o stojkości krowi pri chłorozie i anemii. Diss Petersb. 1900. — 51) Baumholz: K woprosu ob izmienienii krowi pri legocznoj bugorczatkie Dissert. Peterb. 1899. — 52) Troicki: Bolnicz. gazeta Botkina 1900 N. 44. — 53) Hamburger: Ueber d. Einfluss chem. Verbind. auf Blutkörperchen in Zusammenhang mit ihren Moleculargewichten. Du Bois-Reymond's Arch. f. Anat. u. Phys Abth. 1886. — 54) Abbé: Ueber Blutkörperchenzählung. Sitzungsber. d. Gesellsch. f. Med. u. Naturwiss. in Jena 1878. — 55) Thomas: Ueber die Wirkung einiger narkot. Stoffe etc. Schmiedelberg's Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1898 Bd. 41.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. H. U. Kobert. **Das Wirbeltierblut in mikrokristallografischer Hinsicht. Mit 26 in den Text gedruckten Figuren.** (Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1901, 8°, str. 118).

Słusznie zaznacza prof. Kobert w przedmowie do tej pracy, iż brakowało dotąd podręcznika, któryby lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy i chemików sądowych, zaznajamiał w sposób przystępny nietylko z różnemi formami kryształów, jakie z krwi otrzymać można, lecz, co ważniejsze, ze sposobami ich otrzymywania i to z tymi, które najlepiej do celu prowadzą.

Brakowi temu czyni w zupełności zadość praca H. U. Koberta. Spotykamy w niej nietylko obszernie zebrane piśmiennictwo tego przedmiotu i dobre rysunki, lecz nadto wyczerpujące wskazówki do sposobów otrzymywania kryształów krwi, wskazówki tem cenniejsze, że oparte na doświadczeniu tak poszczególnych badaczy, jak i na doświadczeniu porównawczem autora.

Omówiwszy pokrótce hemocyaninę i otrzymywane z niej bezbarwne a bliżej dotąd niezbadane kryształy, dowodzi Kobert istnienia arteryny, flebiny i tlenkowęglowej flebiny, wykazuje jej odrębność od oksyhemoglobiny i hemoglobiny, podaje wreszcie sposoby otrzymywania ciał tych w stanie krystalicznym. Wykazane dowodnie istnienie tych ciał dozwala, zdaniem autora, na otrzymanie tylko w tym przypadku czystych kryształów oksyhemoglobiny i hemoglobiny, jeśli otrzymało się poprzednio wolną hemoglobinę, względnie oksyhemoglobinę. Przyznaje, iż kształtem różnią się kryształy hemoglobiny różnych zwierząt od siebie, nie zgadza się jednak na zdanie Feigla, jakoby tylko hemoglobina ludzka krystalizowała w słupkach. Z kolei omawia igiełkowate, pryzmatyczne itd. kryształy methemoglobiny, oraz nie krystalizujące sulfmethemoglobinę, methemoglobinę sinową [1]), methemoglobinę dwutlenko-dwuwodową, azotynową methemoglobinę i acidhemoglobinę. Zwraca tu uwagę na ważną pod względem sądowo-lekarskim okoliczność, iż wytworzona w znaczniejszej ilości za życia methemoglobina, nie może być wykazaną po śmierci z powodu przemiany w hemoglobinę, której ulega dzięki procesom redukcyjnym przy rozpoczynającem się gniciu. Jak pod tym względem zachowuje się methemoglobina w stanie krystalicznym, niewiadomo; wykazano natomiast, iż czyste hodowle niektórych bakteryj są zdolne naodwrót rozczyny oksyhemoglobiny zamienić w methemoglobinę.

Powstająca pod wpływem działania promieni słonecznych fotomethemoglobina, charakterystyczna smugą pochłonną w pasie zielonym, podobnie jak hemoglobina redukowana, lecz przesunięta więcej ku niebieskiemu końcowi widma, daje kryształy pryzmatyczne, ułożone w pęczki i kępki podobne do kryształów hemoglobiny, a identyczne formą z kryształami methemoglobiny.

Przy otrzymaniu wymienionych dotychczas kryształów, a więc kryształów oksyhemoglobiny, hemoglobiny, arteryny, flebiny, wreszcie methemoglobiny i fotomethemoglobiny powstają także kryształy inne, będące następstwem wysychaniu przy nieszczelnem nakryciu szkiełka *(Eintrocknungskristalle)*. Kryształy te igiełkowate, promieniste z jednego punktu się rozchodzące, były niejednokrotnie mylnie tłómaczone, jako właściwe kryształy krwi.

Parahemoglobiną nazwali Nencki i Sieberowa istotę, powstającą przy zadziałaniu na kryształy oksyhemoglobiny silnym wyskokiem. Wówczas kształt kryształów, własności optyczne, zabarwienie, oraz ich skład chemiczny, pozostają niezmienione; ulega natomiast wybitnej zmianie rozpuszczalność kryształów. I tak, podczas gdy kryształy oksyhemoglobiny i hemoglobiny są w wodzie zupełnie rozpuszczalne, to nie są w niej rozpuszczalne kryształy parahemoglobiny. Tego rodzaju kryształy spotkać można w preparatach mikroskopowych, jeśli używa się jako stwardniającego środka wyskoku. Hoppe Seyler uważa je jako kryształy rzekome. Zdaniem Koberta są one w preparatach mikroskopowych, w przypadkach, w których powstają z utrzymanych krwinek czerwonych, przekształceniem arteryny, względnie flebiny; natomiast, jeśli otrzymuje się je sposobem Nenckiego, mianowicie działaniem wyskoku na chemicznie czyste kryształy oksyhemoglobiny lub hemoglobiny, są one produktami przemiany, względnie pseudomorfozami oksyhemoglobiny, względnie hemoglobiny.

Z kolei przystępuje autor do obszernego omówienia najważniejszego dla celów sądowo-lekarskich pochodnego barwika krwi, mianowicie hematyny, przyjmując istnienie jej w trzech odmianach, mianowicie hematyny kwaśnej, zasadowej i obojętnej; co do tej ostatniej opiera się na badaniach Arnolda. (Badania te powtórzył Wachholz i wykazał, że hematyna obojętna jest co do zachowania się swego identyczną z hemochromogeną [Przegl. lek., 1900). W ostatnich czasach zajmowali się hematyną obojętną Formanek i Van Klaveren, z których pierwszy uważa hematynę obojętną za oksyhemoglobinę, lecz trudno rozpuszczalną, drugi zaś twierdzi, iż jest to proteid różniący się od hemoglobiny tylko mniejszą zawartością żelaza i nazywa ją kathemoglobina. [Hoppe-Seylers Zeitschrift für phys. Chemie T. 29 i 33]. *(Przypisek sprawozdawcy)*. Dla krystalograficznego wykazania hematyny zaleca K. w razie, gdy plama krwawa nie da się zeskrobać, szereg płynów wyciągowych, polecając przedewszystkiem zgęszczony rozczyn wodnika chloralu i 10% rozczyn sinku potasowego. Dla otrzymania kryształów heminy używa K. trzech soli, mianowicie: chlorku, bromku lub jodku sodowego; ten ostatni zdaniem jego najlepiej do celu tego się nadaje.

Z fluorkiem sodowym kryształów otrzymać nie można, natomiast można je otrzymać nawet bez dodatku soli, dzięki dostatecznej ilości chlorku sodowego, jaki prawidłowa krew zawiera. Autor miał sposobność stwierdzić niejednokrotnie, że obecność formaliny nie przeszkadza do otrzymania kryształów Teichmana (co do hematoidyny stwierdził to pierwszy Browicz, co do heminy — Wachholz). Otrzymywał również autor kryształy te z nieurodzonych jeszcze płodów zwierząt ssących i niewylęgniętych ptaków. Znaczenie przymieszki różnych innych ciał, których obecność zdaniem Lewina i Rosensteina przeszkadza powstaniu kryształków Teichmana, pomija autor milczeniem, zaznaczając tylko, iż wedle jego doświadczeń wolny jod *in substantia*, lub też w alkoholowym rozczynie, względnie w rozczynie jodku potasowego w większej ilości, czyni otrzymanie kryształów heminy niemożliwem. Milczenie to autora o tyle dziwić musi, o ile powołuje się on kilkakrotnie na pracę Wachholza o kryształach heminy, w której ten autor porusza właśnie ten szczegół obszernie. Niezdecydowane stanowisko zajmuje autor również o wpływie wyższej ciepłoty na tworzenie się kryształów. Dalej zwraca Kobert uwagę na możliwość otrzymania kryształów z plam, nie mających z ewentualną zbrodnią nic wspólnego, a będących wydzieliną pluskiew, pcheł i much. Co do tych ostatnich jednak badania autora dały wynik ujemny. Wykazanie krwi w stolcach i w moczu przy pomocy próby Teichmana nie napotyka na żadne trudności, a próba ta nadaje się także zdaniem Koberta do badania preparatów, będących w handlu, a sporządzonych z krwi. Z sposobów zalecanych dla otrzymania kryształów Teichmana podaje sposób Cloëtta, Strzyżowskiego, przytacza dosłownie sposób Wachholza, wreszcie sposób Nenckiego.

[1]) W stanie krystalicznym otrzymał ją Zeynek (v. »Ueber krystallisirtes Cyanhämoglobin« Zeitschr. f. physiologische Chemie T. XXXIII-Z. 5 i 6. 1901. *Przyp. spraw.)*.

[2]) Fotomethemoglobina jest wedle badań Zeyneka, a także Ziemkego i Müllera, hemoglobiną sinową, powstałą pod wpływem rozkładu nadżelazinku potasowego, użytego dla otrzymania methemoglobiny. *(Przyp. spraw.)*. Ziemke und Müller: »Beiträge zur Spectroskopie des Blutes«, 1901.

Dla otrzymania kryształów hemochromogeny nadaje się najlepiej sposób Donaganyego, polegający na zmięszaniu kropli odwłóknionej krwi z kroplą pyridyny. Kryształy te mają kształt gwiazdkowaty i są rubinowo czerwone. Do mięszaniny tej dodać można jeszcze siarczku amonowego, kryształy wówczas powstają prędzej, lecz są mniej trwałe. W jaki sposób wpływa pyridyna, nie mająca ani własności redukcyjnych, ani nie działająca silniej chemicznie, a tylko rozpuszczająca krwinki czerwone, nie umie autor objaśnić. Zdaniem jego nie jest niemożliwem, iż hemochromogena pozostaje w pewnym związku z mięśniami i że możnaby z niezawierających krwi mięśni, chroniąc je przed dostępem tlenu, otrzymać kryształy hemochromogeny. Niewiadomo bowiem dotychczas, jakiemu ciału należy przypisać zabarwienie mięśni pozbawionych krwi. Niektórzy przyjmują swoisty barwik, t. zw. myohematynę, inni znów utrzymują, iż zabarwienie pochodzi od obecności hemochromogeny, która powstaje z OHb. przez rozkład i redukcyę.

Mówiąc o hematoporfirynie, nie pomija Kobert doniosłego odkrycia Marchlewskiego, wykazującego jej wielkie podobieństwo z fyloporfiryną, oraz badań w tym kierunku Nenckiego, wspomina też o bromofyloporfirynie Arnolda.

W przeciwieństwie do hematoporfiryny, która w ustroju nigdy się nie krystalizuje, zachowuje się hematoidyna, którą w stanie krystalicznym w komórce otrzymał Browicz z rozlanego barwika żółtego, zapomocą kwasu solnego. *(Przyp. ref.)*. Co do melaninu, który Browicz wyprowadza z barwika krwi, to może on w ustroju występować w stanie krystalicznym; nie udało się go jednak autorowi otrzymać w stanie tym drogą sztuczną; nie daje też on według autora kryształów Teichmana i Nenckiego.

Omówienie kryształów Charcot-Leydena, Florencea, hemosteryny, kryształów otrzymanych z surowicy krwi, a wreszcie kryształów, powstających pod wpływem formaliny, kończy powyższą pracę. W rozdziale o tych ostatnich podaje niezgodnie, jakoby Heile pierwszy zwracał na nie uwagę, a Kobert pierwszy objaśnił, iż powstają one w przypadkach, w których krew, czy to skutkiem otrucia, czy też innych spraw, ulega zmianie. Zasługę tę ma Browicz, który w roku 1898 zdanie swe w tym kierunku wypowiedział.

Z powyższego pobieżnego sprawozdania można ocenić, że zadaniu swemu autor w zupełności podołał; czytając zaś tę pracę, stwierdza się z radością i dumą, że największe zasługi w nauce o krwi położyli polscy badacze. (Arnold, Białobrzeski, Browicz, Dzierżgowski, Feigel, Grużewska, Marchlewski, Nencki, Strzyżowski, Teichman, Wachholz, Zaleski). *Horoszkiewicz.*

• • •

V. Wyciągi.

Cohnheim Otto. **Przeróbka białka przez ściankę jelit.** (*Zeitschrift f. physiol. Ch.* XXXIII, str. 451). Salvioli, a później Hofmeister znaleźli, że pepton w obecności błony śluzowej jelit niknie, t. j. że ulega pewnej przemianie, poczem już zapomocą zwykłych odczynników odnaleziony być nie może. Hofmeister wyciągnął ztąd wniosek, że peptony przy wchłanianiu są przyswajane przez ciałka białe ścianki jelit, przerabiane znowu na białko i już jako białko, a nawet jako białko ustrojowe, roznoszone po narządach. Fakt znikania peptonów pod wpływem żyjącej błony śluzowej jelit został potwierdzony przez Neumeistra; brakło tylko wyraźnego dowodu, że z tych peptonów powstaje właśnie białko. Autor przedsięwziął badania w celu wydzielenia syntezowanych w ten sposób ciał białkowatych, lecz co się okazało: albumozy i peptony rzeczywiście w obecności ścianki jelit nikną, ale nie są odtwarzane jako białka, lecz przeciwnie rozszczepiane dalej do substancyj krystalicznych. Otrzymawszy roztwór peptonów przez trawienie pepsynowe mięsa, autor w zupełności potwierdził doświadczenie Neumeistra, mianowicie pepton niknie z roztworu w ciepłocie ciała w obecności błony śluzowej jelit świeżo zabitego psa, kota: jeśli po pewnym czasie mięszaninę poddać skrzepnięciu przez zagotowanie z kwasem octowym i solą kuchenną i przesączyć, to przesącz nie daje odczynu biuretowego. Ten sam przesącz jednakże daje obfity krystalicznie wyglądający osad z kwasem fosforowowolframowym i oznaczenie azotu metodą Kjeldahla wykazuje, że cały azot, dodany w postaci peptonu, znajduje się w przesączu. Oczywiście nie mogło tu być mowy o odtworzeniu peptonów do białka, lecz przeciwnie, należało przypuścić działanie jakiegoś czynnika, rozszczepiającego pepton dalej. Rzeczywiście, dalsze badania wykazały, że błona śluzowa jelit wyrabia nieznany dotąd enzym, nazwany przez autora erepsyną od ἐρείπω — rozwalam. Tak samo, jak kawałki jelit, działa i wyciąg z błony śluzowej, który autor przygotowywał przez wyciąganie w ciągu ½—12 godzin zapomocą alkalicznego roztworu fizyologicznego zeskrobanej ostrem szkłem błony śluzowej jelit świeżo zabitego psa i przez wyciskanie pod prasą. Jeśli do przygotowanego w ten sposób wyciągu dolać roztworu peptonu, poddać skrzepnięciu przez zagotowanie w obecności kwasu octowego i soli kuchennej i mięszaninę zaraz lub po kilku minutach przesączyć; to przesącz daje piękny odczyn biuretowy, słabszy lub silniejszy, zależnie od ilości dodanego peptonu. Jeśli jednak mięszanina postoi przez pewien czas (parę godzin) przy ciepłocie ciała, to po skrzepnięciu i przesączeniu już się odczyn biuretowy nie otrzymuje, w przesączu kwas fosforowowolframowy daje obfity krystalicznie wyglądający osad i cały azot, który się znajdował w dodanym peptonie, da się odnaleźć w przesączu. Z wyciągu błony śluzowej jelit można wydzielić erepsynę zapomocą stężonego siarkanu amonowego, dolanego w ilości 3 cz. na 2 cz. wyciągu. Powstaje przytem gruby osad, który zawieszony w wodzie i dyalizowany, oddziela się w ciągu 3—4 dni od siarkanu amonowego, przyczem mała część białka i enzym przechodzą do roztworu. Część enzymu zostaje w osadzie. Roztwór ten rozszczepia pepton doszczętnie i szybko. Następujące liczby mogą służyć za przykład: 50 c. sz. roztworu erepsyny zmięszano z 3 sz. roztworu peptonu, postawiono w cieple na parę godzin, poddano skrzepnięciu przez zagotowanie z kwasem octowym i NaCl i w przesączu, niedającym więcej odczynu biuretowego, oznaczono metodą Kjeldahla azot. Znaleziono w ten sposób raz 55, drugi raz 56 miligramów azotu, podczas gdy 3 c. sz. roztworu peptonu zawierały 58 mg. N, a przesącz poddanego skrzepnięciu dla kontroli roztworu erepsyny bez dolania peptonu dawał 1,75 mg. N. Po osadzeniu płynu niedającego odczynu biuretowego kwasem fosforowolframowym, autor w przesączu znalazł leucynę i tyrozynę (sam płyn, nie dający odczynu biuretowego, daje odczyn Milona); badania zasad heksonowych w osadzie nie skończył, tryptofanu nie znalazł. Mając przed sobą enzym, rozszczepiający pepton, należało rozstrzygnąć pytanie, czy to nie jest czasem trypsyna. Badania dały autorowi odpowiedź przeczącą, nowy enzym bowiem zupełnie nie działa na włóknik, serumalbuminę, serumglobulinę. Erepsyna rozszczepia zupełnie peptony, otrzymane przez trawienie pepsynowe mięśnia, sernika, surowicy. Zdaje się, że protoalbumoz erepsyna nie trawi: deuteroalbumozy natomiast rozszczepia doszczętnie, te ostatnie dane wszakże są tylko tymczasowe. Wspólne działanie trypsyny i erepsyny jest tedy bardzo dobrym sposobem, by szybko i bez gwałtownych środków w zupełności rozłożyć obecne ciała białkowate. Zagotowanie zabija erypsynę, ogrzewanie przez dwie godziny przy 63° silnie ją osłabia. Erepsyna działa w odczynie słabo alkalicznym lub obojętnym; w słabo kwaśnym nie działa. Czy erepsyna, wytwarzana przez błonę śluzową kiszek, pozostaje w błonie, czy też jest wydzielana, autor jeszcze nie rozstrzygnął. Fakt istnienia enzymu, rozszczepiającego dalej peptony, rzuca zupełnie nowe światło na procesy przyswajania białka przez ustrój. *W. Szumowski* (Heidelberg).

Prof. Senator (Berlin). **Choroba Bantiego (niedokrewność śledzionowa w połączeniu z puchliną brzuszną).** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 46, 1901). Banti opisuje 3 okresy tej choroby: 1) okres niedokrewności, znamionujący się obrzękiem śledziony, a trwający od 3 do 5-ciu lat, czasami także 10 i 11 lat. Okres przejściowy, w którym mocz jest skąpy, zawiera znaczniejszą ilość moczanów, urobilinę, niekiedy i barwiki żółciowe, — ten stan trwa tylko kilka miesięcy i przechodzi w trzeci okres puchliny. Brzuszna puchlina rozwija się zwolna i bez boleści, objawy niedokrewności wzmagają się, a ciepłota wieczorna cokolwiek się podnosi; ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny zmniejsza się, zarówno jak i białych ciałek; — po 5—7 miesięcy trwania tego okresu następuje śmierć. Z tego krótkiego naszkicowania łatwo poznać można, że pierwszy okres choroby nie jest niczem innem, jak cierpieniem znanem dawniej pod nazwą białaczki rzekomej, lub niedokrewności śledzionowej: — dalsze okresy były po większej części opisywane jako atypowe postacie marskości wątroby, tem więcej ciekawe, że nie dawały się podciągnąć pod żaden dotychczas znany typ chorób wątroby. Znamionowały się bowiem nadmierną wielkością śledziony, niezwykłą niedokrewnością, lub wreszcie skłonnością

do krwotoków kiszkowych, nie dających się wytłomaczyć ani zastojem, ani pęknięciem żylaków, ani ostatecznie żółtaczką, skutkiem czego nadawano tym postaciom najrozmaitsze nazwy: „marskość wątroby z spleno- lub hipersplenomegalią, marskość wątroby z niedokrewnością śledzionową, marskość wątroby z skazą krwotoczną“ i t. d. Jest więc zasługą Bantiego, że połączył te wszystkie postacie chorobowe w jedną całość, ich związek w zrozumiały sposób wytłómaczył, w szczególności zaś jest uwagi godnem jego twierdzenie, że marskość wątroby z puchliną brzuszną rozwijają się w ciągu lat, jako następstwo obrzęku śledziony, a nie jak dotychczas pojmowano, że obrzęk śledziony jest, jeśli już nie następstwem marskości wątroby, to przynajmniej równoznacznym skutkiem jednej wspólnej przyczyny.

Trudno podać w krótkiem streszczeniu cały wywód anatomopatologiczny, wyjaśniający zapatrywania Bantiego: w każdym razie nadmienić wypada, że autor, jako pierwotną siedzibę tej zresztą zakaźnej choroby, przyjmuje śledzionę, w której tworzą się trujące substancye, a te, dostawszy się do krwi, wywołują w pierwszym rzędzie niedokrewność, później, — skutkiem ustawicznego drażnienia, — przerost tkanki łącznej w wątrobie, podobnie jak drogą jelit wessany wyskok.

Rozpoznanie choroby Bantiego powinno się opierać na pierwotnym przewlekłym obrzęku śledziony, dla którego (wykluczywszy skrobiawicę, gruźlicę, nowotwory) nie można wykazać żadnej innej zakaźnej przyczyny. W błąd mogłoby wprowadzić zakażenie zimnicze, wykazanie atoli znamiennych plasmodyów wyjaśni sprawę, — aczkolwiek nie jest wykluczonem, aby na tle zakażenia zimniczego nie mogła się rozwinąć choroba Bantiego. W okresie puchliny nasuwa się myśl o marskości wątroby pochodzenia z żyły wrotnej (albowiem *cirrhosis hepatis biliaris* i *hypertroph.-icterica* różnią się w swych typowych postaciach brakiem puchliny brzusznej), atoli obrzęk śledziony nie dochodzi tutaj do takich rozmiarów, jak w chorobie Bantiego, a powtóre, że pierwej się pojawił, aniżeli cierpienie wątroby, wreszcie wejrzenie chorego niedokrewne (nie ikteryczne), krwawienia i badanie krwi przyczynią się do wyjaśnienia sytuacyi.

Etyologia, — ze względu na ostateczną przyczynę, — jest dotychczas nieznana, zarówno jak i okoliczności usposabiające nie dadzą się ściśle określić; wprawdzie niektórzy chorzy podają, że przechodzili zimnicę i bardzo być może, że ta ostatnia stoi poniekąd w pewnym związku przyczynowym z niedokrewnością śledzionową i chorobą Bantiego, — w większości jednak przypadków zimnicy nie stwierdzono. Kiła i nadużywanie napojów wyskokowych nie mają wielkiego wpływu na rozwój choroby. Rokowanie o tyle ma znaczenie, o ile można brać pod uwagę wyłuszczenie śledziony, jako pierwotnej siedziby choroby. Maragliano podaje, że w 11-tu przypadkach choroby Bantiego usunął śledzionę: 9 chorych wyzdrowiało, a 2 zmarło skutkiem gwałtownego krwotoku. Leczenie winno uwzględnić splenektomię i wszystkie znane środki stosowane w niedokrewności (arsen, żelazo, jod i t. d.), nie pomijając zasad higieniczno-dyetetycznych. *Dr. Henryk Pisek.*

Herzfeld. **Ropień mózgowy płatu czołowego pochodzenia nosowego.** (*Berliner klin. Wochs.* 1901, Nr. 47). Ropnie mózgowe pochodzenia nosowego spostrzegano o wiele rzadziej, niż ropnie mózgowe pochodzenia usznego. H. opisuje przypadek ropnia mózgowego w płacie czołowym lewym, który powstał w przebiegu ropnego zapalenia zatoki czołowej lewej. Kiedy wystąpiły objawy ze strony mózgu i wysoka ciepłota, H. wykonał operacyę, polegającą na otwarciu zatoki czołowej przez oddłutowanie przedniej ściany. Po otwarciu przekonał się, że tylna ściana zatoki jest zniszczona i że z czaszki wydobywa się ropa. H. rozszerzył otwór w tylnej ścianie, oraz w oponie twardej, i wtedy zobaczył w mózgu miejsce, z którego wychodziła ropa. H. rozszerzył miejsce to kleszczykami i opróżnił ropień dość duży, gdyż można było do jamy wprowadzić dwa członki palca wskazującego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i po pięciu tygodniach rana zagoiła się zupełnie. Badanie bakteryologiczne wykazało *diplococcus pneumoniae lanceolatus.*

H. mówi, że ropnie płatów czołowych mózgu często nie są rozpoznawane przed operacyą lub sekcyą z powodu, że nie dają objawów charakterystycznych. Jedynymi objawami w przypadku opisanym była wysoka ciepłota (39,8°), zwolnienie tętna (50), a bezpośrednio przed operacyą sztywność karku. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. E. Riegler. **O oznaczeniu cukru zapomocą metody gazowo-objętościowej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 20, 1901). Jeżeli ogrzewamy tlenek miedziawy (Cu_2O) wobec zasady wolnej z siarkanem hidrazyny, natenczas wytwarza się pewna ilość azotu, a tlenek miedziawy zostaje odtlenionym na metaliczną miedź: $N_2H_4SO_4H_2 + 2Cu_2O + 2NaOH = SO_4Na_2 + 2H_2O + N_2 + 4Cu$. Z objętości wydzielonego azotu możemy obliczyć równoważną mu ilość miedzi metal. (1 cz. azotu = 9·07 cz. miedzi), a z tej, przy pomocy tabeli Allihna, ilość cukru gronowego. Do wykonania tego oznaczenia służy ten sam przyrząd, jaki Riegler opisał i użył do oznaczenia mocznika w moczu. Do kolbki Erlenmayera pojemności 200 ctm.³ odmierzamy 15 ctm.³ rozczynu soli Seignetta w ługu potasowym (czyli 30 ctm.³ świeżego rozczynu Fehlinga), a w końcu 30 ctm.³ wody. Mięszaninę tę ogrzewamy na siatce do wrzenia, i gdy to nastąpi, dolewamy 10 ctm.³ badanego moczu odpowiednio rozcieńczonego (zwykle 1: 10): ciecz tę utrzymujemy we wrzeniu przez dwie minuty, poczem odstawiamy. Wydzielony osad czerwonej barwy (Cu_2O) zbiera się i przeprowadza przy pomocy 10 ctm.³ wody do rurki przyrządu Rieglera; następnie dodaje się do rurki około 0·5 grm. siarkanu hidrazyny i 10 ctm.³ alkalicznego rozczynu soli Seignetta, łączy rurkę z biuretą i ogrzewa ciecz do wrzenia. Z ilości azotu wydzielonego i zebranego w biurecie oblicza się cukier gronowy. *Dr. Ig. L.*

Winckel. **O czasie trwania ciąży.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901. Lief. 7). Od roku 1867 ogłoszono wogóle tylko 20 t. zw. porodów spóźnionych, które zasługują na dokładniejsze rozważenie: z tych jednakże 9 nie wytrzymuje krytyki tak, że zostaje tylko 11. Z 30.000 porodów, które miał W. od r. 1872 do 1900, było 1007, w których dzieci ważyły powyżej 4000 grm. Z tego autor wnioskuje, że przy płodach ciężkich i wielkich ciąża trwa dłużej, niż zwykle, przeciętnie 286·7 dni od pierwszego dnia ostatniej regularności, 275·0 dni od czasu poczęcia (zwykle 280 dni od ostatniej regularności, 270 dni od czasu poczęcia). Jako *minimum* od ostatniej regularności wypadło dni 240; jako *medium* dni 286·7, i jako *maximum* dni 334; od czasu poczęcia minimum wyniosło 245 (?), *medium* 275, *maximum* 321 dni. Zdarzają się zatem bezwątpienia ciąże przedłużone, *resp.* porody spóźnione. W 31 bardzo dokładnie spostrzeganych przypadkach tego rodzaju przedłużenie trwało od dnia regularności 31 dni, od czasu poczęcia 220 dni, przy przeciętnej długości dziecka 53·8 ctm. i wadze 4276 grm. Dzieci, ważące powyżej 5500 grm., należą do wielkich rzadkości; autor z 30.000 porodów nie zauważył ani jednego takiego przypadku, natomiast przytacza 8 przypadków innych autorów, w których płody bezpośrednio po porodzie ważyły powyżej 5500, a nawet powyżej 6000, a raz nawet 7470 grm. bez mózgu, krwi i smółki (przypadek Martina) i w których udowodniono przedłużone trwanie ciąży. Z powyższych zestawień wynika, że 302 dni jako górna granica czasu poczęcia (według kodeksu cywilnego dla państwa niemieckiego) jest za mała. Jeżeli się przyjmie za granicę 310 dni, to są już objęte 8·5% najważniejszych przypadków przedłużenia ciąży. Oprócz tego jednak należy dopuścić dowód możliwości trwania ciąży przez 320 dni. Z tych 1007 porodów wywnioskował autor jeszcze osobliwy, dotychczas nieznany fakt, że mianowicie u dzieci ważących powyżej 4000 grm. jest gwałtowna przewaga chłopców nad dziewczętami: 100 dziewcząt: 226 chłopców, $2^1/_4$ raza więcej, podczas gdy zwykle stosunek dziewcząt do chłopców jest 100: 105—106, a w dokładnie spostrzeganych 31 porodach było 27 chłopców i 4 dziewcząt, więc 100: 675. *Dr. Fels.*

Chantemesse. **Surowicze leczenie duru.** (*La Presse medicale* 1901, Nr. 93). Badania autora nad surowiczem leczeniem duru brzusznego sięgają roku 1892, kiedy wspólnie z Widalem zaczął stosować wstrzykiwania surowicy przeciwdurowej. Wyniki były ujemne, gdyż uodpornianie zwierząt, dokonywane zapomocą prątków żywych lub martwych, pozwalało otrzymywać tylko surowicę zapobiegawczą, ale nie antytoksyczną. Dopiero od roku 1897, w którym mu się udało sporządzić rozpuszczalną toksynę durową i zbadać jej właściwości, mógł uodpornić konie i otrzymać skuteczną surowicę.

Statystyka szpitali paryskich razem wziętych wykazuje około 25% śmiertelności z duru. Chantemesse przedstawia swoje spostrzeżenia chorych, leczonych surowicą swoistą, a przebywających po różnych szpitalach paryskich, przeto wśród tego samego środowiska, które przy leczeniu niesurowiczem dawało 25% śmiertelności. Statystyka jego obejmuje ogółem 100 przypadków. Chorzy, u których leczenie rozpoczęto stosować przed 10-tym dniem choroby, wyzdrowieli wszyscy. Ogółem zmarło sześciu, z tych trzech na przebicie jelita z następowem zapaleniem otrzewnej, czwarty i piąty chorzy rozpoczęli leczenie w 21-ym i 25-tym dniu choroby, a szósty przypadek śmiertelny dotyczył kobiety otyłej, której nie można było kąpać, a która miała już przed wstrzykiwaniem rozległą odleżynę zgorzelinową w okolicy kości krzyżowej. Do powyższych sześciu niepomyślnie zakończonych przybywają jeszcze dwa przypadki, w których surowicę wstrzykiwano już w stanie beznadziejnym, mianowicie: u jednego, przybyłego do szpitala z zapaleniem otrzewnej po pęknięciu wrzodu, zastosowano wstrzyknięcie przed laparotomią i zszyciem jelita i u drugiego, który przybył do szpitala z durem i zapaleniem płuc, trwającem od dwóch dni, a znajdującem się, jak to autopsya wykazała, w okresie zwątrobienia szarego.

Obrazy chorobowe leczonych surowicą przeciwdurową przedstawiają się rozmaicie. Najlepiej przebiega sprawa u osobników młodych i silnych, u których wstrzyknięcie miało miejsce wcześnie, np. 6-go lub 7-go dnia choroby. W przeciągu czterech dni następował powrót do stanu prawidłowego. Jeżeli wstrzyknięcie nastąpi po 8-mym dniu dopiero, to zakażenie jest już silnie rozwinięte, a jednorazowe wstrzykiwanie nie wystarcza do zniszczenia zarazków choroby. W tych przypadkach po chwilowem polepszeniu choroba powraca, a powtórne wstrzyknięcie wywołuje już nie szybki, lecz stopniowy powrót do stanu prawidłowego. Wszelako i w tych przypadkach można się spodziewać rychłego ustąpienia choroby, co zależy od jej nasilenia, od odporności chorego, oraz od ilości surowicy. Biegunka nie utrzymuje się zazwyczaj dłużej nad 2—4 dni po wstrzyknięciu. Wpływ na tętno i parcie krwi jest wybitny. Wkrótce po wstrzyknięciu następuje obfite moczenie, wynoszące 3, 4 i więcej litrów na dobę. Białkomoczu, występującego po wstrzykiwaniach, nie spostrzegano nigdy. Autor poleca w celu przyspieszenia spadku gorączki obfite podawanie napojów. Obraz krwi, w której zwykle podczas duru jest hipoleukocytoza, brak eozynofilów i obecność do 16% myelocytów neutrofilnych, znacznie się zmienia już w 24—48 godzin po wstrzyknięciu. Zrazu występuje wybitna hiperleukocytoza, następnie zmniejsza się ilość myelocytów, a pojawiają się na nowo eozynofile. Najwybitniej występują te zmiany we krwi w dniu zupełnego ustąpienia gorączki. Z powikłań spostrzegał autor krwotoki kiszkowe, zapalenia ucha środkowego i zapalenia żyły podskórnej odgoleniowej (*venae saphenae*), wszystkie pomyślnie zakończone.

Działanie surowicy tłómaczy Chantemesse w ten sposób, że jest ona czynnikiem pobudzającym fagocytozę, a przytem zapobiegawczym, przeciwzakaźnym i antytoksycznym. Odczyn po wstrzykiwaniach tłómaczy się zabójczem działaniem na bakterye i powstawaniem przez to we krwi pierwiastków drażniących. Przez obniżanie ciepłoty kąpielami i przez obfite doprowadzanie płynów pomagamy ustrojowi w tej walce i ułatwiamy wydzielanie się substancyj trujących.

Wstrzykiwania, które autor robił pod skórę przedramienia, są niebolesne. Należy użyć na raz 10—12 ctm.^{3}, a w razie potrzeby po 8—10 dniach powtórzyć wstrzyknięcie 4—10 ctm.^{3}. Tylko w dwóch przypadkach spostrzegał Ch. następowe rumienie i to bez podwyższenia gorączki. *Dr. M. Blassberg.*

Chavasse. **Torbiel skórzasty kąta wewnętrznego oczodołu o zawartości oliwnej.** (*Arch. d'Ophtalm.* 10, 1901). U człowieka młodego zauważył autor guz w kącie wewnętrznym oczodołu, elastyczny, chełbocący, przesuwalny, niebolesny. Guz ten raz już nakłóty, znikł, aby w kilka miesięcy potem znowu się wytworzyć. Guz ten do oczodołu nie wchodzi, nie powiększa się przy uderzeniach serca, lub przy oddechu, nie da się także wtłoczyć w kość, nad którą jest usadowiony: przeświecanie zupełne. Po wyłuszczeniu guza, z którego poprzednio wydobyto strzykawką całą treść, która istotnie była płynną, — ranka zgoiła się dobrze, a badanie mikroskopowe wykazało, że istotnie był to torbiel skórzasty, w którego ścianach nie było jednak ani cebulek włosowych, ani gruczołów potnych, a za to ogromna ilość gruczołów łojowych dobrze rozwiniętych.

Treść torbiela, na razie po wydobyciu płynna, ścięła się, jak oliwa na mrozie, a rozbiór chemiczny wykazał, że składa się z palmityny, (56%), i z oleiny (46%) — i jest topliwą w ciepłocie 27°—28°.

Płyn ten nie jest niczem innem, jak wydzieliną gruczołów ściany guza, jest płynnym w ciepłocie ciała, ścina się w niższej ciepłocie. Jest jednak płynny tylko wtedy, jeśli zawartość oleiny przemaga. Jeśli jednak złuszczone przybłonki są obfite, albo gdy treść się nieco zmieni, to płyn się zmienia w magna. Torbiele te możnaby pomięszać z przepukliną oponową, lecz nie zmieniając swej objętości w czasie oddechu, ani nie okazując tętnienia, mogą być łatwo rozpoznane. *Dr. Brudzewski.*

Fromaget. **Guzy gruczołu łzowego.** (*Arch. d'Opht.* 11, 1901). Guzy gruczołu łzowego należą do rzadkich i w piśmiennictwie znajdujemy skąpe tylko wzmianki. F. miał sposobność operować świeżo trzy przypadki z dobrym wynikiem: z tych jeden usadowiony był w gruczole powiekowym, dwa inne w oczodołowym. W pierwszym przypadku u 24-letniego młodzieńca guz był usadowiony tuż pod powieką, ruchomy, niebolesny, robił wrażenie jęczmyka stwardniałego (*chalazion*), z tą tylko różnicą, że przy dotykaniu krył się w głąb oczodołu. Zresztą oko samo było prawidłowe. Po nacięciu powieki, przez ranę w skórze, poprowadzoną równolegle do brwi, wydobyto guz, — a badanie wykazało, że był to guz gruczołu łzowego, a mianowicie włókniak mięsako-śluzakowy. W drugim przypadku u człowieka 56-letniego, u którego było częściowe opadnięcie powiek, znaczne wysadzenie oczów, oraz porażenie mięśni zewnętrznych oka, dał się wyczuć w głębi oczodołu guz twardy, nieprzesuwalny, niebolesny, usadowiony w dole łzowym. Guz ten usunięto przez cięcie, poprowadzone w spojówce: nie był on nigdzie zrośnięty i był otoczony torebką włóknistą. Drobnowid wykazał utkanie nabłoniaka cewkowego, przyczem wykazać można było wśród tkanki nowotworowej resztki tkanki gruczołu łzowego.

Wreszcie przypadek trzeci, będący bąblowcem dwukomorowym, należy do bardzo rzadkich guzów. Przy badaniu można już było wykazać, że guz ten jest torbielem o wyraźnem chełbotaniu. Cięcie zostało poprowadzone w środku brwi i tą drogą wydalono torbiel. Towarzyszące objawy, jak opadnięcie powiek, porażenie mięśni ocznych, oraz wysadzenie oczów, po operacyi ustąpiły zupełnie, jak również i bóle, które były bardzo znaczne. *Dr. Brudzewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe dnia 20 grudnia 1901.

Przewodniczący kol. Beck, członków obecnych 36-ciu.

Przewodniczący odczytuje list od prof. Browicza, zawierający podziękowanie za udział członków Tow. w jego jubileuszowej uroczystości.

Kol. Gluziński zdaje sprawę z uchwały Komisyi przemysłowo-lekarskiej i zarządu Tow., popierającej wyroby Rządcy i Chmurskiego w Krakowie.

Zarząd Tow. proponuje listę członków »Komisyi Matki«; listę bez zmiany przyjęto.

Kol. Barącz przedstawia chorą z dodatkowemi żebrami szyjnemi, okazuje zdjęcia röntgenograficzne z niej otrzymane; omawia stosunki anatomiczne, objawy kliniczne, wskazania do zabiegu i sam zabieg chirurgiczny w przypadkach tej wady utworowej.

»Żebra szyjne spostrzegali najpierw anatomowie, następnie chirurdzy. Utworowa ta wada albo nie wywołuje wcale żadnych objawów, albo też może wywołać objawy uciskowe na splot barkowy i na tętnicę podobojczykową, wzmagające się do tego stopnia, że zmuszają chorych do poddania się operacyi i resekcyi żeber nieprawidłowych. Objawy uciskowe splotu barkowego są: mrowienia w odpowiedniej kończynie górnej, bóle rozpromieniające się do palców. Objawy ucisku tętnicy podobojczykowej: brak tętna w odpowiedniej tętnicy sprychowej, a podmiotowo częste ziębnięcie rąk; zauważono też poczynającą zgorzel końców palców po urazie i tętniak tętnicy podobojczykowej (Karg) powyżej miejsca ucisku; Schnitzler zauważył w jednym przypadku zwichnięcie nawykowe końca mostkowego obojczyka.

Żebra szyjne spostrzegano zazwyczaj tylko na siódmym kręgu szyjnym; znane są tylko 2 przypadki, w których istniało równocześnie 6-te żebro szyjne. Anatomicznie zauważono według Blancharda następujące stopnie wykształcenia żeber szyjnych: 1) zupełne wykształcenie żebra; 2) żebra, których chrząstka łączyła się z chrzęstną częścią 1-go żebra piersiowego: 3) żebra o obu końcach wykształconych, których środkową część zastępowało pasmo ścięgniste; 4) rozwój żebra tylko na obu końcach bez pasma pośredniego; 5) żebra nadliczbowe o rozwiniętej tylko nasadzie kręgowej.

Tylko żebra niezupełnie wykształcone dawały objawy uciskowe, zmuszające do ich wyłuszczania; splot barkowy i tętnica podobojczykowa przebiegały zazwyczaj ponad nieprawidłowo wykształconem żebrem, jak to przy autopsyi podczas operacyi stwierdzono.

Objawy uciskowe występują zazwyczaj nagle, trwają przez pewien czas i mogą ustąpić na przeciąg kilku lat. Nagłe wystąpienie objawów uciskowych tłómaczono sobie przez zadziałanie urazu, albo też zanikiem tłuszczu w dołku nadobojczykowym po chorobach wyniszczających (Tilmann). Wyłuszczenie żeber nadliczbowych może być albo zabiegiem łatwym, albo też przedstawiać bardzo znaczne trudności (bliskość tętnicy podobojczykowej, bliskość szczytu opłucnej).

W przypadku przedstawionym dają się obustronnie wymacać i wykazać na zdjęciu röntgenograficznem po 2 żebra szyjne, nie wywołujące dotychczas żadnych objawów uciskowych. Żebra te odkryto przypadkowo, macając za gruczołami w dołkach nadobojczykowych. Po stronie prawej żebra są więcej wykształcone, niż po lewej i tu można zauważyć niezupełne zwichnięcie końca mostkowego obojczyka.

Objawy uciskowe występują przy każdorazowym ucisku na żebra

nadliczbowe prawostronne, a tętno sprychowe bardzo słabe po tej stronie znika przy tym ucisku.« (Streszczenie własne).

Nawiązując rzecz do przedstawionego i omówionego powyżej przypadku, kol. Kadyi okazuje kościec (kręgosłup i żebra) z podobną zmianą utworową. Na kośćcu tym widać żebra dodatkowe na 7 kręgu szyjnym, brak zupełny żeber dwunastego kręgu piersiowego; żeber jest razem 12 par, pozornie więc 6 kręgów szyjnych i 6 kręgów lędźwiowych.

Kol. Jasiński: »Mózg jako narząd wyobraźni«. Prelegent swój wykład, oparty na tle psychologii, ilustrował licznymi przykładami z życia.

Kol. Mars: »O wycinaniu macicy przez pochwę«. Na wstępie podaje prelegent daty statystyczne przypadków operowanych w klinice położ.-ginekol. Na 50 przypadków wycięcia macicy, 25 razy operowano metodą Doyena, a 8 razy metodą Döderleina.

Opisawszy pokrótce oba sposoby, prelegent okazuje preparaty z macic wyciętych metodą Döderleina i zastanawia się nad zaletami tej metody. Korzyści, dla których Döderlein podał swój sposób, t. j. uniknięcia zakażenia pola operacyjnego treścią jamy macicy, w metodzie tej Mars nie widzi; metoda jednak jest bardzo dobrą, gdyż daje wygodny dostęp, a zwłaszcza że niema obawy uszkodzenia tylnej ściany pęcherza z powodu cięcia w tylnem sklepieniu. Metodą tą daje się z łatwością operować bardzo znaczne guzy macicy, a kol. Mars radzi jej używać we wszystkich tych przypadkach, gdzie guz da się jeszcze wtłoczyć do miednicy małej.

Na zapytanie kol. Barącza, jakich używa narzędzi i jak zaopatruje jamę otrzewną, kol. Mars odpowiada, że operuje narzędziami zwykłemi, prostemi, zaopatrzenie zaś jamy otrzewnej (zaszycie otrzewnej, lub sączkowanie) zależy od poszczególnych przypadków i oceny operującego.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 21. listopada 1901.

Przewodniczący Radca Dworu Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych dziesięciu.

1) Przewodniczący wzywa do oddania czci dwom zmarłym fabrykantom przetworów leczniczych, a mianowicie Maryanowi Zahradnikowi w Złoczowie, który fabrykacyę kapsułek leczniczych doprowadził do tej doskonałości, że znalazły popyt znaczny po za granicami kraju i ś. p. Karolowi Rzący, który niestrudzoną pracą doprowadził do doskonałości wyrób wód leczniczych sztucznych. Obydwaj producenci zasięgali zawsze porady u komisyi przemysłowo-lekarskiej i poddawali się chętnie jej kontroli.

2) Przewodniczący zawiadamia, że Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu w dniu 23. I. 1901. z powodów formalnych nie przychyliło się do wniosku, ażeby polecić alkohol bezwodny, wyrabiany przez jedną z fabryk krajowych. Ponieważ bez mała cała ilość alkoholu bezwodnego, zapotrzebowanego w pokaźnej ilości przez pracownie naukowe, sprowadzaną bywa z zakładów aptecznych pozakrajowych, przewodniczący wyraża zdanie, że byłoby rzeczą pożądaną, żeby krajowi producenci celem wyrugowania przetworów obcych zgłosili ponownie okazy wyskoku bezwodnego do jednej z istniejących w kraju komisyj przemysłowo-lekarskich.

3) Co do pastylek z chlorku sodu i węglanu sodowego wyrobu ś. p. M. Zahradnika, które służyć mają do sporządzania normalnych rozczynów do wlewań podskórnych, przyjęto do wiadomości orzeczenie Prof. Dra. Rosnera, że postać ta jest bardzo praktyczna i orzeczenie Dra Latkowskiego, z którego to orzeczenia wynika, że pastylki te zawierają w sobie składniki chemicznie zupełnie czyste. To też Komisya uchwaliła zachęcić spadkobierców ś. p. Zahradnika do wyrabiania w sposób fabryczny tychże pastylek.

4) Na podstawie opinii Prof. Dra Łazarskiego uznano, że mydło glicerynowe, wyrabiane przez jednego z aptekarzy, nie nadaje się do polecenia, jakiego od Komisyi przemysłowo-lekarskiej żąda, a to z powodu, że mydło to jest rozczynem wyskokowym mydła szarego o znacznej alkaliczności, zaprawionym gliceryną i olejkami eterycznymi.

5) Takież same orzeczenia wydano co do wina i koniaku z somatozą, którego próbę nadesłał jeden z aptekarzy, a to z powodu, że wyrabianie tych przetworów w sposób fabryczny jest zbyteczne, a każda apteka przetwory te bez trudu wyrabiać może.

6) Uchwalono zawezwać Zarząd Zakładu kefirowego w Krakowie, żeby dbał o większe przestrzeganie jednostajności wyrabianego przetworu.

7) Odczytano list Prof. Dra. Wicherkiewicza, w którym oceniając na prośbę Komisyi sposób wyrabiania narzędzi okulistycznych w pracowni P. Ornatowskiego w Krakowie, wyraża się korzystnie o wyrobie tychże narzędzi. — Jest rzeczą pożądaną, ażeby na przyszłość wyrób innych narzędzi odbywał się w sposób więcej jednolity.

8) Przyjęto wniosek Doc. Dra Lembergera, ażeby ujednostajnić wyrabianie borogliceryno lanoliny, które dotąd prawie każda apteka wyrabia w sposób, jaki jej wydaje się za najodpowiedniejszy. Sprawę tę przyobiecał przedstawić senior gremium aptekarskiego, P. Heller na najbliższem gremium.

9) Uznano za stosowne, ażeby w klinice chorób wewnętrznych przedsiębrane zostały jeszcze dalsze doświadczenia z kreosalbiną wyrobu Dra. Leona Karwackiego.

10) Uznano za konieczne, by lód krystaliczny, wyrabiany przez fabrykę krakowską, bywał poddawany badaniom, któreby odnosiły się do składu chemicznego i bakteryologicznego.

11) Wobec bardzo starannego wyrobu przetworów organoterapeutycznych aptekarza P. Hellera w Krakowie komisya uchwaliła zachęcić go, aby wyroby swe rozszerzył także i na inne przetwory organo-terapeutyczne. Uchwalono najnowszy przetwór pod nazwą »splenina«, zamożny w organiczne sole żeleziste, poruczyć klinice chorób wewnętrznych do zbadania.

12) W sprawie wyrobu konserw jarzynowych i owocowych z fabryki H. Kempfego w Lubyczy Królewskiej przyjęto tymczasowy referat pisemny Prof. Dra Bujwida w następującej osnowie: »Badanie wykazało, że warzywa: groszek, fasola, szparagi, przygotowane są bez dodania żadnych substacyj przeciwgnilnych, jedynie w wodzie ugotowane w dobrze uszczelnionych pudełkach blaszanych. Konserwy zachowują się wybornie w przeciągu ośmiu miesięcy bez żadnej zmiany. Próby bakteryologiczne wykazały, że produkta są zupełnie jałowe, bez bakteryj. Smak konserw nie jest zmieniony, i są one podobne, a raczej w niczem nie ustępują świeżo przyrządzonym. Przed ostatecznem wydaniem opinii jest rzeczą konieczną, ażeby i tegoroczna fabrykacya poddaną została ponownemu badaniu. Potrzebny po temu materyał fabrykant dostarczyć winien«.

13) W sprawie tylokrotnie poruszanego wyrobu wina borówkowego uchwalono odnieść się do Izby handlowo-przemysłowej w Krakowie, ażeby starała się o zmianę ustaw skarbowych, gdyż bez tej zmiany tak wielce dla producentów uciążliwych przepisów skarbowych, żaden z fabrykantów nie chce się podjąć fabrykacyi tego przetworu na większą skalę.

14) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Prof. Kadera o obecnym stanie fabrykacyi przetworów opatrunkowych M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu. Komisya podziela zdanie referenta, że na etykietach waty i gazy nie powinno się umieszczać napisów, że przetwory te są sterylizowane, gdyż to nie jednego lekarza w błąd wprowadzić może.

15) Inne sprawy, jak szczepienie bydła tuberkuliną, popieranie miodów pitnych, porterów krajowych, jarzyn i owoców suszonych, wreszcie pieczywa leczniczego, odłożono na później by módz dokończyć rozpoczęte badania.

16) Uchwalono jednomyślnie nie przyjąć rezygnacyi Prof. Dra Bujwida, który zgłosił wystąpienie z Komisyi z powodu licznych zajęć i braku czasu; przyjęto natomiast jednogłośnie wniosek przewodniczącego, ażeby osobnem pismem skłonić Prof. Bujwida do pozostania w Komisyi.

17) Przewodniczący z dowodami w ręku wyraża zdziwienie, jak chętnie i łatwo lekarze polscy udzielają pisemnych atestów wodom leczniczym zagranicznym. Atesty te wprowadzają w błąd publiczność i w wysokim stopniu szkodzą zdrojowiskom krajowym. Przewodniczący wnosi, ażeby w protokóle z niniejszego posiedzenia zwrócić uwagę kolegów, ażeby byli ostrożniejsi w wystawianiu poświadczeń dla wód obcych, w przeciwnym razie Komisya byłaby zmuszoną sprawie tej nadać większy rozgłos. Wniosek ten jednogłośnie uchwalono.

18) Przewodniczący przedkłada cenniki składów warszawskich, z których okazuje się, że wody mineralne galicyjskie sprzedawane bywają w Warszawie po cenach nadmiernie wysokich, co bardzo nieko-

rzystnie oddziaływać musi na eksport tych wód mineralnych galicyjskich nie tylko do Królestwa Polskiego, ale i do Cesarstwa Rosyjskiego. Nad tą sprawą rozwinęła się bardzo ożywiona dyskusya, z której wyłonił się wniosek, ażeby wszelkimi środkami starać się o obniżenie cen wód galicyjskich w warszawskich składach wód mineralnych. Senior gremium aptekarskiego p. Heller podjął się przy najbliższej bytności w Warszawie rzecz zbadać i zawiadomić Komisyę o wyniku swych starań.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Sprawozdanie z XV. posiedzenia Wydziału, odbytego dnia 12, grudnia 1901 r.

Po powitaniu przez przewodniczącego nowo wybranego na II. walnem zgromadzeniu Wydziału, rozpoczęto obrady nad korespondencyą Dra Piórki w sprawie projektu o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy. Uchwalono, że odpowiedź na tę korespondencyę zredaguje i ogłosi w »Przeglądzie lekarskim« referent projektu, prof. Jordan. Odczytano pismo komitetu II. Zjazdu lekarzy okręgowych, w którem zebrani na Zjeździe zawiadamiają Wydział, że w zupełności solidaryzują się z projektem przymusowego ubezpieczenia, uchwalonem przez II. walne zgromadzenie. Uchwalono odpowiedzieć dziękczynnie za wyrażone w piśmie tem słowa życzliwej zachęty. Następnie w myśl wniosku Dra Zasackiego, przysłanego na piśmie, wybrano z łona Wydziału komisyę redakcyjną, do której weszli kol. Ciechanowski, Langie i Weinsberg, a która ma za zadanie poruszać w regularnych odstępach czasu kwestye ogólno-lekarskie w pismach publicznych, nie fachowych lekarskich. Wreszcie uchwalono kredyt na wszelkie wydatki, połączone z opracowaniem prawniczem petycyi i projektu ubezpieczenia, mających być przesłanych do c. k. Rządu i parlamentu. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie,* I. sekretarz.

Sprawozdanie z XVI. posiedzenia Wydziału, odbytego dnia 30. grudnia 1901 r.

Na prośbę pani B., wdowy po lekarzu, uchwalono wyasygnować jej tytułem jednorazowej zapomogi 200 koron.

Przyjęto ofiarowane 50 koron na cele Towarzystwa przez dzierżawcę apteki »pod Złotym orłem« w Krakowie p. Karola Jahra, zamiast powinszowań noworocznych.

Skarbnik przedstawił stan kasy od ostatniego zamknięcia rachunków. Sekretarz zawiadomił, że od II. Walnego zgromadzenia przystąpiło 14 nowych członków do Towarzystwa. W końcu rozdzielono między poszczególnych referentów wszystkie wnioski, przekazane Wydziałowi przez Walne zgromadzenie, oraz nadesłane pisemnie przez członków. (Streszczenie protokołu). *Dr. Langie,* I. sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

2. Śmiertelność według przyczyn.

1. *Na wrodzony brak sił żywotnych* podano w r. 1898 zmarłych w Galicyi 4.101 dzieci; w r. 1897: 7029, — w r. 1896: 15.154. — Liczba ta więc maleje znacznie z tej przyczyny, że lekarze urzędowi coraz to więcej trzymają się przy rewizyi wyciągów metrykalnych przepisów instrukcyi z r. 1895., podług której należą do tej rubryki tylko dzieci przedwcześnie urodzone i potwory.

2. *Gruźlica.* Dział bajecznie krótki; — dowiadujemy się z niego, że w r. 1898 wykazano w Galicyi 23.101 zmarłych na gruźlicę, czyli 3·49‰ ludności (1890) a 11·7% wszystkich zmarłych; w r. 1897 było: 22.668, czyli 3·47‰; w r. 1896: 23.504, czyli 3·5‰ — w r. 1895: 24.348 czyli 3·7‰. — Następuje tablica, wykazująca śmiertelność w pojedynczych powiatach, dalej uwaga, że największą śmiertelnością odznaczają się od lat miasta Lwów i Kraków i ich okolice, a przyczyną tego złe mieszkania i nędza. Najmniejszą śmiertelność wykazują powiat Liski, Łańcucki i Dąbrowski. Cały ustęp o śmiertelności z gruźlicy obejmuje, — pomijając tablicę powiatów, — 32 wiersze druku. Zdaje nam się, że jak na obecną chwilę, kiedy dla zwalczenia gruźlicy zwołuje się liczne kongresy, pisze tomy całe o jej postępach, układa się najrozmaitsze tablice statystyczne i t. d., jest to nieco mało. — Pożądanemi byłyby tu wiadomości: o stosunku perlicy u bydła do gruźlicy u ludzi, — zestawienie ilości zmarłych na gruźlicę ze względu na wiek, — porównanie śmiertelności ludności rolnej a fabrycznej, — porównanie (choć w przybliżeniu) liczby chorych do liczby zmarłych (wykazy szpitalne), — porównanie Galicyi z innemi prowincyami (które, mówiąc nawiasem, wypada nie najgorzej dla Galicyi), — wiadomość od zarządów kas chorych o liczbie chorych, leczonych na gruźlicę na ich koszt, — wreszcie, co najważniejsze, — wiadomości o zarządzeniach władzy celem powstrzymania szerzenia się gruźlicy, a więc w pierwszym rzędzie, czy gruźlica została zaliczoną do chorób zakaźnych, o których lekarz ma obowiązek donosić władzy i które czynią uczęszczanie chorych na gruźlicę razem ze zdrowymi do szkół publicznych niemożliwem?

Postulatów tych nie moglibyśmy stawiać, gdyby przy innych chorobach, — zwłaszcza zakaźnych. — spraw tych nie omawiano i gdyby chodziło o cierpienie mniej ważne, mniej zabierające ofiar i mniej niebezpieczne dla otoczenia.

3. *Na zapalenie płuc* zmarło w r. 1898 — 23.038 osób, t. j. 3·48‰ ludności, a 11·66% wszystkich zmarłych, — liczby prawie jednakie od paru lat. Zdaje się, że wiele przypadków gruźlicy zostało fałszywie zaliczonych do tej rubryki. Tak n. p. powiat Dąbrowski, który okazywał najniższą śmiertelność z gruźlicy (1·3‰), okazuje bardzo wysoką śmiertelność z zapalenia płuc, aż 7·1‰.

4. *Na błonicę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 9.396 osób, t. j. 1·42‰ ludności, a 4·77% wszystkich zmarłych. Od r. 1895, w którym zaczęto używać w leczeniu surowicy przeciwbłoniczej, zmniejsza się śmiertelność znacznie, a mianowicie:

w r.	1895	zmarło na błonicę	13.987	osób	t. j.	2·1‰ lud.
„	1896	„ „ „	13.171	„	„	1·99‰ „
„	1897	„ „ „	12.167	„	„	1·9‰ „
„	1998	„ „ „	9.396	„	„	1·42‰ „

Nie ulega wątpliwości, że lata następne wykażą dalsze postępy w tym kierunku. O ile doszło do wiadomości władz używano w 365 przypadkach surowicy prof. Bujwida, w 206 Paltaufa, a w 12 Behringa. Surowicą leczono we Lwowie 350 chorych, z których 84% wyzdrowiało. Natomiast w Krakowie leczono 218 chorych, z których wyzdrowiało tylko 72.4%. Tę znaczną różnicę wytłómaczyć można chyba tem, że lekarze krakowscy prawdopodobnie nie wszystkie przypadki błonicy, leczone w praktyce prywatnej, podali do wiadomości władzy; a właśnie chorzy, leczeni w praktyce prywatnej, dają o wiele lepsze wyniki, niż w szpitalu, gdzie dostają się przeważnie przypadki zaniedbane i ciężkie. Stwierdza to dobitnie przytoczony w sprawozdaniu przykład Lwowa, gdzie na 178 leczonych w szpitalu wyzdrowiało 75·3%, a na 172 leczonych prywatnie wyzdrowiało 94·1%.

Ale wspomniawszy raz o tem, że lekarze nie zawsze spełniają swój obowiązek donoszenia władzy o każdym przypadku choroby zakaźnej, musimy podnieść, że — przynajmniej odnośnie do błonicy, — zaniedbanie tego obowiązku jest chyba bardzo częste; gdyż na innej drodze wytłómaczyć sobie nie można faktu następującego: Sprawozdanie podaje liczbę zmarłych w r. 1898 w Galicyi na błonię 9.396 osób.

Kilka zaś wierszy niżej czytamy: „Podług wykazów lekarzy urzędowych stwierdzono urzędownie błonicę w 272 miejscowościach... (a więc zapadnięcie na błonicę, nie śmierć). Na 2.399 chorych było dzieci do lat 10 wieku 2 207... i t d.“ Z tego wniosek logiczny wysnuć się daje, że władze urzędownie wiedziały tylko o tych 2 399 chorych na błonicę, z których zmarło 851 osób, — a więc, że tylko o tych przypadkach zasłabnięcia władzy doniesiono. Dopiero z wykazów śmierci dowiedziały się władze, że w Galicyi w r. 1898 zmarło nie 851, lecz 9.396 osób! Przyjąwszy śmiertelność z błonicy na 22% chorych[7]), obliczyć można w przybliżeniu, że jeśli w r. 1898 zmarło w Galicyi na błonicę 9.396 osób, to chorych było około 41.700 osób, podczas gdy władze wiedziały tylko o 2.399 chorych. Czy można w tych warunkach żądać, by władze mogły skutecznie zapobiegać szerzeniu się błonicy, by dzieci zdrowe z rodzin tą chorobą dotkniętych nie uczęszczały do szkoły, by zarządziły desinfekcyę w mieszkaniach, gdzie leżał chory na błonicę, i t. d.?

W każdym razie sprawozdanie winno było podnieść tę okoliczność i zaznaczyć, jakie środki przedsięwzięto, by temu złemu zaradzić. — Lecz sprawa to w ogóle nie jasna: w Sprawozdaniu czytamy (dosłownie):... „w mieście Lwowie było 265 chorych z śmiertelnością 24·1%...“, a dziesięć wierszy niżej: „Surowicą przeciwbłoniczą leczono w mieście Lwowie 350 chorych...“ — Mimo woli nasuwa się uwaga, że jeśli władze wiedziały, że leczono na błonicę 350 chorych, toż musiały wiedzieć, że tyleż, — a nie tylko 265, — było chorych. Jak to wytłómaczyć, kogo o błąd obwiniać, zgadnąć trudno; — samo zaś Sprawozdanie sprawy wcale nie wyjaśnia.

Podobnież stosunek zmarłych na inne choroby zakaźne do ilości urzędownie stwierdzonych zasłabnięć nasuwa też same uwagi, których też w dalszym ciągu powtarzać nie będziemy.

5) *Na krztusiec* zmarło w r. 1898 w Galicyi 7.383 osób, t. j. 1·11‰ ludności, a więc mniej niż kiedykolwiek od 27 lat.

6) *Na ospę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 2.003 osób, t. j. 0·33‰ ludności. Jeśli liczby te porównamy z liczbami z r. 1873, — a mianowicie 26.132 osób, t. j. 4·82‰ ludności, — wtedy możemy ocenić ogromny postęp, jaki osiągnęliśmy. Ale podczas gdy do r. 1880 liczba przeciętna w całej monarchii była wyższą, niż w Galicyi, to od roku 1890 liczba w Galicyi jest większą; — a w ostatnich 3 latach stale i znacznie się powiększa:

w r. 1896	zm. w Galicyi	594 os.	w cał. Austr. 77 os.	na Bukow. 202
„ 1897	„ „	1.161 „	„ „ 49 „	„ „ 206
„ 1898	„ „	2.003 „	„ „ ? „	„ „ ?

Najwięcej przypadków było w powiecie podhajeckim, gdzie od r. 1896 stale się szerzy; dalej w rzeszowskim, w powiatach graniczących z Bukowiną, a wreszcie w stanisławowskim. — Ogółem leczono osób szczepionych 3.834 ze śmiertelnością 6·1%, zaś 3.162 nieszczepionych ze śmiertelnością 31·3%.

7) *Na płonicę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 10.340 osób, t. j. 1·56‰ ludności. Jest to od r. 1873, od którego mamy dokładniejsze daty śmiertelności, najwyższa liczba. Bo też nie było w Galicyi powiatu, gdzieby nie stwierdzono płonicy; najsilniej występowała w powiatach: nowotarskim, krakowskim, doliniańskim, borszczowskim, lwowskim i t. d. Leczono w ogóle 22.624 chorych, t. j. 13·2‰ całej ludności; z tych zmarło 5.421 osób. (O śmierci drugich 5.000 dowiedziały się władze widocznie dopiero z wykazów śmierci).

8) *Na odrę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 8.018 osób, t. j. 1·21‰ ludności (w 1896 r. 0·5‰, w 1897 r. 0·47‰). Tylko trzy powiaty miały być wolne od odry. Zgłoszono 47 862 chorych. Mimo woli nasuwa się tu wątpliwość, czy wszystkie zgłoszone przypadki były odrą, bo zgłoszeń innych chorób zakaźnych było znacznie mniej (błonicy 2·399, krztuśca 26.132, płonicy 22.624 chorych i t. d.)

[7]) Patrz: »Sprawozdanie Tow. opieki szpitalnej w Krakowie z r. 1898«.

9. *Na dur plamisty* zmarło w r. 1898 w Galicyi 521 osób, t. j. 0·07‰ ludności (w 1896 r. 0.15‰, w 1896 r. 0·06‰). Choroba ta pojawia się i utrzymuje głównie we wschodnich powiatach, zwłaszcza w tych, które były nawiedzone klęską głodową (Trembowla, Śniatyn, Żydaczów). — „Co się tyczy przyczyny powstania duru w ogóle, trzeba podnieść przedewszystkiem, jak już w poprzednich latach wspomniano, endemiczne niejako pojawianie się tej choroby w wielu powiatach wschodnich, z drugiej strony zaś częste dosyć zawlekanie z Rossyi...“ Ustęp powyższy umieściliśmy dosłownie i dodajemy do niego uwagi następujące: przypadków śmierci z duru plamistego stwierdzono

w r. 1895	w cał. Austr. (z Bukow.)	25, —	w Galicyi sam. 1088
„ 1896	„ „ „	35, (29*)	„ „ 992 (980*)
„ 1897	„ „ „	30*) —	„ „ 435 (423*)
„ 1898	„ „ „	? —	„ „ 521

W r. 1899 pokazał się w Styczniu dur plamisty w Czechach naraz w 12 powiatach z 103 chorymi. Do kwietnia epidemia ta została zupełnie stłumioną. Po bardzo interesujące szczegóły tej walki z epidemią odsełamy ciekawych do „Ostr. Sanitätswesen“ z r. 1899 Nr. 36 albo do „Przegl. lek.“ z r. 1899 Nr. 37. — U nas każdego roku na 76 powiatów jest zaledwie kilka wolnych od epidemii, natomiast kilkadziesiąt takich, w których jest epidemia o mniejszem lub większem nasileniu. Co więcej: ze sprawozdań Rady zdrowia zebraliśmy 10 powiatów, — a nie można wykluczyć, czy ich nie było więcej — w których od r. 1894 do 1898 dur plamisty stale się gnieździ. Są to zapewne te, w których, jak mówi Sprawozdanie, — choroba ta „pojawia się niejako endemicznie“; są to powiaty: drohobycki, jaworowski, kamienecki, mościski, nadwórniański, podhajecki, rawski, stryjski, złoczowski i żydaczowski, — a także miasta Lwów i Kraków.

Zestawienia te nie wypadają niestety na korzyść Galicyi. Nie ulega jednak wątpliwości, że wobec niezawiadamiania władz o pojawianiu się pierwszych przypadków, wobec braku szpitali, a zwłaszcza pawilonów izolacyjnych, wobec nędzy i ciemnoty naszego ludu i t. d., nie można czynić odpowiedzialnymi za wykazane wyżej niedostatki tylko władze sanitarne Galicyi.

10) *Na dur brzuszny* wykazano w r. 1898 w Galicyi 3.220 zmarłych, t. j. 0.48‰ ludności. Liczba zmarłych maleje od r. 1892 statecznie, spadając z 7.707 w r. 1892 do liczby obecnej, najniższej w ogóle od r. 1873. — Polepszenie to przypisuje Sprawozdanie głównie lepszemu zaopatrzeniu gmin w wodę do picia.

11) *Z czerwonki* była w r. 1898 śmiertelność również najmniejsza od r. 1873, wykazano tylko 2.172 zmarłych, t. j. 0·32‰ ludności.

12) *Cholery azyatyckiej* nie było u nas od 22/I 1896 r.

13) *Na cholerę dzieci* wykazano 2.707 zmarłych, w tem z miasta Krakowa 191, ze Lwowa tylko 1 przypadek, co wyraźnie dowodzi różności zapatrywań lekarzy na rozpoznanie.

14) *Na cholerę swojską* wykazano w r. 1898 tylko 141 zmarłych.

15) *Na gorączkę połogową* wykazano 1.011 zmarłych (w 1897 r. 1.229, — w 1896 r. 1.363, — w 1895 r. 1.288). Jednak w Sprawozdaniu czytamy: „Jak długo przyczyna śmierci w wszystkich przypadkach nie będzie stwierdzaną przez lekarzy, tak długo nie można ufać liczbom zawartym w tej rubryce; gdyż z jednej strony wszystkie przypadki śmierci podczas porodu i połogu bywają wciągane do tej rubryki, — z drugiej strony jest prawie pewnem, że wiele przypadków gorączki połogowej, powstałej z winy nieukwalifikowanych akuszerek, bywa zatajanych i w innych rubrykach wykazanych“. — Kilka wierszy dalej czytamy: „W Bochni umarły dwie położnice, obsługiwane przez jedną aku-

*) Liczby podane w nawiasach czerpiemy z publikacyi centr Komisyi statyst. za lata odpowiednie. Nie znamy przyczyn, z jakich liczby te nieco od liczby Sprawozdania się różnią. Ale różnice te są tylko drobne.

szerkę, która w 18 godzin po śmierci jednej udała się do drugiej. Zarządzone z polecenia Namiestnictwa dochodzenie pozostało bez skutku, ponieważ śledztwo sądowe zostało wstrzymane z polecenia prokuratoryi“(!).

16) *Choroby zakaźne przyranne.* Zaliczyć tu należy (według instrukcyi): różę, ropówkę (*phlegmone*), zapalenie naczyń chłonnych *(lymphangoitis)*., ropnicę, posocznicę i tężec. Wątpić jednak można, czy lekarze idą za tą wskazówką. Tak na 477 przypadków śmierci tu wykazanych aż 116 pochodzi z Krakowa, zaś tylko 19 ze Lwowa.

17) *Z innych chorób zakaźnych* wykazano w r. 1898 w Galicyi 568 zmarłych (grypa 193, zapalenie błon mózgowo-rdzoniowych epid. 91, zimnica 169 i po kilka, „posocznica, tęża, róża“ i t. d.)

18) Z chorób zakaźnych przeniesionych ze zwierząt (*Zoonoses*) było w 1898 r. 53 zmarłych (z wąglika 43, wścieklizny 8).

W zakładzie dla szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, utrzymywanym przez prof. Bujwida w Krakowie, szczepiono 385 osób (dwie zmarły), z tych 288 z Galicyi.

19) *Na udar mózgowy* zmarło w r. 1898 w Galicyi 1457 osób.

20) *Na organiczne wady serca i choroby naczyń krwionośnych* 2.416 osób.

21) *Na nowotwory złośliwe* 1.947 (w 1895 r. 1.604., w 1896 r. 1.758 w 1897 r. 1851)

22) Wskutek *innych naturalnych przyczyn* zmarło w r. 1898 aż 90.409 osób t. j. 13.68‰ ludności, a 45.9% wszystkich zmarłych. Od r. 1895 liczby w tej rubryce stale się wzmagają (!)

23) Z powodu *przypadkowego śmiertelnego uszkodzenia* zmarło 1.611 osób, najczęściej z powodu utonięcia (461), oparzenia (326), zranienia (111), zabicia drzewem w lesie (100), rażenia piorunem (59) i t. d. Jak widzimy przemysł nie odgrywa tu prawie żadnej roli.

24) Liczba samobójstw zmniejsza się; w r. 1898 wynosiła 363.

25) Liczba zabójstw i morderstw również maleje; w r. 1898 było 122. (Ciąg dalszy nast.)

Wydział Tow. Samopomocy lekarzy otrzymał następujące pismo:

„Lekarze okręgowi, zebrani na Zjeździe II-gim w dniu 23 listopada 1901 r. we Lwowie, w zupełności solidaryzują się z projektem Radcy Dworu prof. Dra Jordana o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy w Austryi, — a uznając działalność tego Towarzystwa, które w tak krótkim czasie poruszyło wiele ważnych w interesie lekarzy spraw, — upoważnili mnie do złożenia oświadczenia w ręce Wydziału Tow. Samopomocy lek. że dołożą starań, by jak najwięcej członków temu Towarzystwu przysporzyć. Również w imieniu komitetu II Zjazdu lekarzy okręgowych zaznaczam, że lekarze ci zawiadomieni byli tydzień przed 23 listopada o mającym się odbyć Zjeździe we Lwowie i dla tego też termina obydwu Zjazdów wypadły tak blizko siebie. Komitet nie wiedział bowiem, że 24 listopada odbędzie się Walne zgromadzenie Tow. Samopomocy, a potem późno już było na odwołanie Zjazdu; w przyszłości jednak zawsze przed oznaczeniem terminu Zjazdu Komitet znosić się będzie w tej mierze z Wydziałem Tow. Samop. lekarzy“.

Dr. Józef Bednarski m. p.
członek komitetu Zjazdu lek. okręgowych.

Na powyższe pismo odpowiedział Wydział Tow. Samop. lek., wyrażając Prezydyum Zjazdów lekarzy okręgowych serdeczne podziękowanie za solidarne popieranie jego usiłowań, oraz za tak życzliwe i pełne zachęty wyrazy. Zarazem zaznaczył Wydział, że cele Tow. Samopomocy i Zjazdów lek. okręg. są wspólne, toteż razem i zgodnie działając, a popierając się wzajemnie w pracy około polepszenia smutnej doli kolegów, najprędzej zadaniu temu sprostać będzie można. Wydział Tow. Samopomocy lek. pragnie gorąco, aby węzeł solidarności, zadzierzgnięty obecnie przez Komitet Zjazdu lekarzy okręgowych, nigdy się nie rozluźnił, — dołoży przeto ze swej strony wszelkich starań, żeby go wzmocnić i utrwalić na zawsze.

Dr. Langie, sekretarz Tow. Samop. lek.

Sprawozdanie

Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc grudzień 1901

W miesiącu tym leczono ogółem osób 69; w liczbie tej 6 osób pozostałych w leczeniu z miesiąca listopada, 19 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc styczeń 1902.

Od początku roku 1901 do dnia 31 grudnia 1901 leczono **ogółem 647 osób.**

Wykaz 63 osób, leczonych w miesiącu grudniu, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A.	B.	C.	Ogółem
	Wściekliznę stwierdzono przez			
	szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	sekcyę weterynarską	Zwierzęta podejrzane	
w twarz i głowę . . .	—	3	1	4
w kończyny górne i tułów	—	32	12	44
w kończyny dolne . . .	—	8	7	15
w ciało gołe	—	21	10	31
przez ubranie	—	22	10	32
Ogółem . . .	—	43	20	63

Zwierzęta kąsające były w 62 przypadkach psy, w 1 przypadku człowiek chory na wodowstręt. 1 psa szczepiono ochronnie.

Kraków, dnia 1 stycznia 1902 r.

O. Bujwid, Dyrektor Zakładu, m. p.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 stycznia.

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie:

»Koledzy! Na wniosek jednego z członków Towarzystwa Samopomocy lekarzy zawiązała się w łonie Wydziału tegoż Towarzystwa osobna »Komisya prasowa«, której zadaniem jest starać się o to, aby w obronie interesów ogólno lekarskich pojawiały się od czasu do czasu artykuły w dziennikach publicznych, nie zawodowych. lwowskich i krakowskich. Przypuszczać należy, że działanie takiej Komisyi prasowej, jako jednolite i świadome celu, a często się powtarzające, większy może wywrzeć skutek, niż rozprószone i nieliczne zresztą dotychczas w tych sprawach głosy dziennikarskie.

W tym też celu zwraca się obecnie Komisya prasowa Towarz. Samopomocy lekarzy do wszystkich Kolegów, bez względu na to, czy są członkami Towarzystwa czy nie, z uprzejmą prośbą o dostarczanie jej materyału w formie krótszych lub dłuższych korespondencyi. Korespondencye te powinny być treściwe i nie potrzebują być obrobione przez piszącego po literacku, gdyż tem zajmie się już Komisya, dla której mają one tylko służyć jako źródła i wskazówki, co piszący pragnąłby, aby w prasie codziennej zostało poruszone i w jakim duchu. Wyraźnie jednak zaznaczamy, że tylko te korespondencye będą zużytkowane, które omawiać będą ogólne interesa całego stanu lekarskiego, lub też poszczególnych jego grup. jak lekarzy okręgowych, gminnych, miejskich, rządowych, kolejowych, szpitalnych i t. d. i t. d., — nigdy zaś pisma w sprawach czysto prywatnych lub osobistych. Rozumie się też samo przez się, że ani korespondencyi bezimiennych, ani skarg i zarzutów, czynionych choćby w interesie pewnej grupy lekarzy, lecz nie popartych dostatecznymi dowodami, Komisya uwzględniać nie może. Nazwisko autorów, niezbędnie potrzebne do wiadomości samej tylko Komisyi, pozostaje ścisłą tajemnicą.

Wszelkie korespondencye nadsyłać należy pod adresem I-go sekretarza Tow. Samopomocy lekarzy, Dra Adama Langiego *(Kraków, ul. Sławkowska, 31)*, z wyraźnym dopiskiem »przeznaczone dla Komisyi prasowej«. *Langie, Weinsberg, Ciechanowski.*

Kraków w styczniu 1902 r.

Od Prof. Ed. Korczyńskiego otrzymaliśmy następujące wezwanie do ogłoszenia:

»Pragnąc uzupełnić bibliotekę balneologiczną, której zawiązek znajduje się w klinice chorób wewnętrznych, upraszam P. P. lekarzy zdrojowych i Zarządy zdrojowo-kąpielowe o nadesłanie w darze roz-

praw, sprawozdań i wykazów statystycznych w ostatnich latach 20 ze zdrojowisk i uzdrowisk krajowych drukiem ogłoszonych. Czasopisma lekarskie polskie proszą o łaskawe powtórzenie tej odezwy.«

Kraków dnia 13 stycznia 1902.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdal sprawę z swej całorocznej działalności.

* Sekcya lekarska XI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich uchwaliła na wniosek swego przewodniczącego prof. Łukijanowa przesłać na ręce dziekana Wydziału lekar. Uniw. Jag. szczere podziękowanie za wyrażone Zjazdowi przez licznych pojedynczych członków Wydziału życzenia obfitego plonu naukowego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień LI (od 15 do 21—XII). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 91.323. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 3. urodziło się dzieci 42, zmarło osób 59, mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zamiejscowych), z zapalenia płuc 4, z błonicy i dławca 2 (1 zam.), z krztuśćca 1, z płonicy 2 (1 zam.), z duru brzusznego 2 (1 zam.), z cholery niemowląt 2.

Tydzień LII (od 22 do 28—XII): zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 106, zmarło osób 36, mianowicie: z gruźlicy 10 (4 zam.), z zapalenia płuc 3 (1 zam.), z dławca i błonicy 1, z krztuśćca 1. z płonicy 3 (2 zam.). z odry 1.

* Zarząd Uniwersytetu w Halli podał do wiadomości następujące rozporządzenie: zawiadamia się słuchaczy płci żeńskiej, że począwszy od przyszłego półrocza świadectwa dojrzałości z gimnazyów rosyjskich nie będą uważane za wystarczające. Zarządzenie to nastąpiło wskutek petycyi do ministra oświaty studentek, posiadających niemieckie świadectwa dojrzałości, oświadczających się przeciw przypuszczeniu rosyanek niedostatecznie przygotowanych do studyów lekarskich. Podobną skargę wnieśli i słuchacze płci męzkiej do Wydziału ekarskiego.

* Zjazd balneologiczny odbędzie się w Stuttgardzie pod przewodnictwem Liebreicha od 7 do 11 marca b. r.

* Londyński bankier Cassel ofiarował 200.000 funtow szterlingów na założenie sanatoryum dla chorych na gruźlicę.

* »Kijewskoje Słowo« donosi, że w Humaniu powstaje Towarzystwo lekarskie; władza zatwierdziła już przedłożony jej statut.

* Nagroda Astley Coopera w kwocie 300 funtów ang. ma być nadawana co trzy lata autorowi najlepszej pracy »O patologii raka«. Rozprawa ma mieć tylko jednego autora; rękopis należy odesłać przed 1 stycznia 1904 r. do zarządu lekarskiego szpitala Guy w Londynie.

* Przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników rosyjskich odbędzie się w Odesie 13 sierpnia 1904 roku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Sendter i dr. Walkhoff otrzymali tytuł profesorski w Monachium. Docenci: Acher i Howald zostali mian. profesorami w Bernie. Profesorem terapii w Paryżu mian. został Gilbert. Prof. nadzw. dr. Drasch mian. został profesorem zwycz. histologii w Gracu.

Nekrologia. Dr. Pernice. prof. ginekologii. umarł w Gryfii. Kierownik kliniki lekar. w Brukseli, prof. Destrée, umarł w 43 roku życia. W Gandawie zmarł b. prof. Soupart. niegdyś głośny chirurg, w 91 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. Wróblewski: Znieczulanie 25%-wym roztworem wyskokowym kokainy przy operacyach w nosie, gardzieli i krtani. — Nr. 2. Łapiński: Współczesne stanowisko, postępy i zakres ortopedyi. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka (ciąg dalszy).

— *Kronika lekarska* Nr. 1. Higier: W sprawie zaburzeń potowo-wydzielniczych w »poliomyelitis anterior i posterior«. Niedzielski: W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia.

— *Medycyna* Nr. 1 Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau). Karwacki: Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. — Nr. 2. Karwacki: Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego (c. d.). Goldflam. Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau) (c. d.)

— *Nowiny lekarskie* Nr. 1. Dydyński: O porażeniu Landryego. Wróblewski: O wyłyżeczkowaniu macicy po poronieniach, jako operacya dla lekarza praktycznego.

— *Zdrowie* Nr. 1. Szyc: Nauczyciel wobec dzisiejszych wymagań higieny. W. Zawadzki: Higiena jubilerów. Żórawski: Gruźlica w świetle doświadczeń prof. Kocha. Gałecki: Suchoty płucne. Istota choroby, środki zapobiegawcze i zasady leczenia.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 2. Rubeška: O upotřebeni kaučukových balonů v porodnictwi (c. d.). Štýrb: Pavor diurnus a pavor nocturnus u dětí (dok.). Kopfstein: Zpráva o činnosti všeob. veř okresni nemocnice cisaře Františka Josefa I. v Mladé Boleslavi v prvémpětileti od r. 1897—1901 a operacich zde provedených.

— *La Presse médicale* Nr. 2. Brock: Uwagi ogólne o chorobach skórnych. Mignon: Rola przewodów nosowych w gruźlicy. Le Buchu: Leczenie rzeżączki. — Nr. 3. Delpeuch: Starożytność krzywicy. Dowody zaczerpnięte z sztuki i filologii. Constensoux: O przywróceniu tabetykom zdolności ruchowych tułowia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 1. Badania serca za pomocą »ortodiagrafu«. Mathes: Przyczynek doświadczalny do sprawy o hematolizie. Lange: Dalsze doświadczenia nad ścięgnami z jedwabiu. Holtschmidt: Podskórne wstrzykiwania żelatyny w czerniaczce noworodków. Wiener: Przyczynek do leczenia pęknięć macicy. Rosenfeld: Biologia tłuszczu. Kelling: O ezofagoskopii, gastroskopii i kelioskopii. Bruns: Zastosowanie wózków do biegania (Laufwagen) w porażeniach kończyn dolnych Cloetta: O nauczaniu farmakologii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Gussenbauer: Leczenie rozpadlin rzyci. Finger: Wrzód miękí a kiła. Landsteiner i Sturli: O hemaglutyninie surowicy prawidłowej. Schlesinger i Weichselbaum: Choroba przewodu pokarmowego, wywołana liszkami much *(Myiasis intestinalis)*. (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 2. Brat: Znaczenie kleju jako pożywki i o nowym środku spożywczym, zwanym »Gluton«. Weissbein: O niektórych nowych środkach spożywczych. Haasler: O schorzeniach następowych po czerwonce. Kolle i Martini. O dżumie. (c. d.). Jüttner: Uwagi krytyczne nad badaniem chemiczno-fizycznem wód mineralnych (c. d.).

Redakcya otrzymała: Rosner: 1) O powstawaniu ciąży bliźniaczej monochorialnej. 2) O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych. 3) W sprawie zabezpieczenia niektórych rodzących przed zakażeniem. 4) W sprawie etyologii złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 22 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Kader przedstawi kilku chorych; 2) kol. dr. Frommer okaże nowy przyrząd chirurgiczny; 3) kol. dr. Bier mówić będzie „O nowoczesnych sposobach odkażania mieszkań". Część I. z demonstracyą przyrządów.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.